

# Die rechtliche Ausgestaltung des norwegischen Gesundheitssystems

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
doctor iuris (Dr. iur.)

vorgelegt dem Fakultätsrat der Rechtswissenschaftlichen Fakultät  
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Christian Sell  
geboren am 13.05.1978  
in Vacha/Rhön

**Gutachter:**

1. Gutachter (Referent): Prof. Dr. Dr. h. c. Eberhard Eichenhofer

2. Gutachter (Koreferent): Prof. Dr. Gerhard Lingelbach

3. Prüfer: Prof. Dr. Rolf Gröschner

Disputation: 24.04.2008

I. Einleitung:	1
II. Norwegen - Landeskundliche Informationen	1
III. Der Wohlfahrtsstaat - Ideengeschichtlicher Hintergrund	5
1. Begriffsdefinition	6
2. Typologisierung der Wohlfahrtsstaaten	8
3. Das Nordische Wohlfahrtsmodell - Kennzeichen	9
a) Universalität	10
b) Gesellschaftlicher Grundkonsens: Gleichheit	10
c) Der starke und freundliche Staat	10
IV. Entstehungsgeschichte	11
1. Mittelalterliches Armenwesen	12
2. Die Entwicklung des Sozialstaates	13
a) Armengesetze 1845	15
b) Gesundheitsgesetz (1860)	16
c) Anfänge der Sozialversicherungsgesetzgebung	19
aa) Vorschläge für eine soziale Sicherung der Arbeiterschaft	19
bb) Unfallversicherungsgesetz (1894)	20
d) Entwicklung des Krankenversicherungsrechts	22
aa) Private Krankenversicherungen	22
bb) Krankenversicherungsgesetz - Lov om sygeforsikring (1909)	23
cc) Änderungsgesetz 1915	29
dd) Wirtschaftliche Stagnation und Einsparungen (1920-1930)	32
ee) Krankenversicherungsgesetz 1930 und Änderungen	36
e) Vision eines Wohlfahrtsstaats	38
f) Ausbau des Wohlfahrtsstaates	44
g) Zweiter Weltkrieg und Besatzung (1940-1945)	46
aa) Wohlfahrtsideologie unter NS-Herrschaft	47
bb) Neue Verwaltungsstrukturen und Führer-Prinzip	49
cc) Gesundheitspolitische Maßnahmen	50
dd) Kontrollstationen und Lebensbornheime	52
3. Der Wohlfahrtsstaat der Nachkriegszeit	54
a) Neuanfang	54
b) Öffentliche Gesundheitspolitik - Das System Evang	57
c) Krankenversicherung als Teil des Gesamtsystems	59
d) Krankenversicherungsgesetz 1956	61
aa) Hauptmerkmale	61
bb) Sondersysteme im Krankenversicherungsrecht	63
cc) Verschränkungen von Gesundheitspolitik und Krankenversicherungsrecht	63
e) Volksversicherungsgesetz ( <i>folketrygdloven</i> ) 1967	64
f) Eingliederung des Krankenversicherungsrechts in das Volksversicherungsgesetz	65
aa) Allgemeines	65
bb) Ende der Sondersysteme	66
4. 1970er Jahre bis hin zur Gegenwart	67
V. Rechtsquellen	70

1. Verfassungsrecht.....	70
a) Recht auf Arbeit.....	71
b) Öffentliche Gesundheit durch Umweltschutz.....	72
c) Schutz des Eigentums und Rückwirkungsverbot.....	73
2. Supranationale und internationale Rechtsquellen.....	77
a) Europäisches Recht.....	77
aa) Freizügigkeit und Sozialversicherungsrecht.....	78
bb) Weitere Rechtsquellen des EWR-Abkommens.....	80
b) Völkerrecht.....	82
3. Rechtsquellen im einfachen Recht.....	82
a) Gesundheitsrecht.....	83
aa) Patientenrechte.....	83
bb) Primärversorgung und Spezielle Versorgung.....	84
cc) Berufsrecht.....	85
b) Volksversicherungsrecht.....	85
c) Sozialhilferecht.....	86
d) Weitere Gesetze zum Gesundheitswesen.....	87
4. Richterrecht.....	88
VI. Leistungserbringer.....	89
1. Primärversorgung.....	89
a) Einführung.....	89
b) Verpflichtende Hausarztordnung - <i>fastlegeordnungen</i> .....	91
c) Vertragsgestaltung in der Primärversorgung.....	92
aa) Privatpraxis mit Vertrag.....	93
bb) Kommunale Anstellung.....	95
cc) Kommunaler öffentlicher Gesundheitsdienst.....	96
2. Spezielle Versorgung - Krankenhauswesen.....	97
a) Struktur.....	97
aa) Die stationäre Versorgung vor 1969.....	97
bb) Krankenhausgesetz 1969.....	98
cc) Das heutige Krankenhauswesen.....	101
3. Freiwillige Wohlfahrtsverbände.....	104
VII. Leistungsrecht.....	106
1. Rechtsanspruch auf medizinische Behandlung.....	106
a) Entwicklung der Behandlungsansprüche.....	106
b) Rechtsnatur des Anspruchs.....	111
aa) Privatrechtlicher Vertrag.....	112
bb) Öffentlich-rechtliches Verhältnis.....	113
c) Patientenrechtegesetz 1999.....	119
d) Ansprüche aus dem Patientenrechtegesetz.....	120
aa) Anspruch auf medizinische Versorgung (Primärversorgung).....	120
bb) Anspruch auf spezielle medizinische Versorgung.....	120
cc) Recht auf freie Krankenhauswahl.....	123
dd) Anspruch auf Notfallversorgung.....	124

ee) Informationsrechte.....	124
ff) Einsichtsrecht in die Krankenakte .....	125
gg) Recht auf vertraulichen Umgang mit Informationen.....	126
hh) Weitere Ansprüche aus dem Patientenrechtsgesetz .....	127
e) Ansprüche auf Behandlung im Ausland.....	127
aa) Nationales Recht.....	127
bb) Europarecht .....	129
cc) VO (EWG) 1408/71 und Krankenbehandlung im Ausland .....	129
dd) Anspruch aus Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 .....	131
ee) Anspruch aus den Grundfreiheiten .....	134
ff) Vereinbarkeit der nationalen Regelungen mit den europarechtlichen Vorgaben ..	135
2. Der versicherungsrechtliche Kostenersatzanspruch .....	137
VIII. Krankenversicherungsrecht.....	137
1. Leistungen.....	138
2. Sachleistungen oder Kostenerstattung?.....	139
3. System der Selbstbeteiligungen .....	141
a) Finanzierungsquelle .....	142
b) Steuerungswirkung .....	142
c) Eigenanteilsregelungen .....	145
4. Einzelne Leistungen der Sozialversicherung .....	147
a) Ärztliche Behandlung .....	147
b) Hilfsmittelversorgung .....	147
aa) Medizinische Ausstattung/Verbrauchsmittel .....	147
bb) Hilfsmittelsversorgung.....	147
c) Krankengeld .....	148
aa) Allgemeines.....	148
bb) Entwicklung .....	149
cc) Anspruchsvoraussetzungen.....	150
dd) Krankmeldung.....	152
ee) Leistungshöhe.....	153
ff) Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall .....	154
gg) Zuständigkeit.....	156
5. Zahnärztliche Versorgung.....	156
a) Entwicklung der zahnärztlichen Versorgung .....	156
b) Leistungspflichten der Volksversicherung.....	159
c) Verhältnis der öffentlichen Versorgung zum Volksversicherungsrecht.....	161
6. Arzneimittelversorgung .....	162
a) Arzneimittel .....	162
b) Zulassung.....	162
c) Preisbildung bzw. Preisfestsetzung .....	163
aa) Apothekeneinstandspreis .....	163
bb) Endverbraucherpreis .....	164
d) Apothekenwesen.....	165
e) Kostenerstattung durch die Sozialversicherung .....	166

f) Eigenanteile der Patienten .....	169
g) Arzneimittelversorgung in der stationären Versorgung .....	170
7. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit .....	170
a) Allgemeines .....	170
b) Stationäre Pflege .....	171
c) Häusliche Pflege .....	174
aa) Fusa-Urteil.....	174
bb) Leistungen für Pflegende .....	175
cc) Eigenanteile .....	176
8. Rechtsfolgen fehlerhafter medizinischer Behandlung .....	177
a) Öffentlich-rechtliche Patienten-Schadenserstattung .....	177
aa) Entwicklung.....	177
bb) Voraussetzungen und Durchsetzung der Ansprüche.....	180
cc) Einbeziehung privater Leistungserbringer .....	181
b) Volksversicherungsrechtliche und privatrechtliche Ansprüche .....	183
c) Zivilrechtliche neben öffentlich-rechtlichen Erstattungsansprüchen.....	184
d) Bewertung.....	185
IX. Stellung privater Leistungsanbieter .....	186
1. Wirtschaftliche Bedeutung privater Versicherungen .....	187
2. Unternehmen.....	187
3. Versicherungsmodelle und -produkte .....	188
4. Preise und Vertragsbedingungen.....	189
5. Private Krankenversicherung und der wohlfahrtsstaatliche Gedanke.....	190
X. Rechtsschutz .....	192
1. Allgemeines .....	192
2. Außergerichtliche Kontrollinstanzen .....	193
a) Allgemeines verwaltungsrechtliches Widerspruchsverfahren.....	193
b) Rechtsschutz gegen versagte Behandlung .....	194
c) Die "nemnda" als Rechtbehelfsstellen .....	196
d) Das Ombudswesen.....	197
3. Sozialgericht ( <i>trygderett</i> ) .....	200
a) Organisation und Verfahrensablauf .....	200
b) Entwicklung und Rechtscharakter .....	201
c) Reformvorschläge .....	205
4. Gerichtliche Kontrollinstanzen .....	206
XI. Verwaltungsstruktur der Gesundheitsversorgung.....	208
1. Zentralstaatliche Ebene .....	208
a) Gesundheitsministerium ( <i>Helse- og Omsorgsdepartement</i> ).....	208
b) Fachbehörden.....	208
aa) Sozial- og Helsedirektorat .....	209
bb) Weitere Fachbehörden .....	210
c) Reichsversicherungswerk ( <i>Rikstrygdeverket</i> ) .....	211
d) Arbeids- og Velferdsforvaltning .....	211
2. Fylkeskommunale Ebene .....	212

3. Kommunale Ebene.....	213
XII. Finanzierung.....	213
1. Finanzierung durch Steuern .....	214
2. Krankenhausfinanzierung .....	214
a) Finanzierung durch Tagessätze - kurpengesystem .....	214
b) Finanzierungen durch Rahmenzuschüsse .....	215
c) Heutiger Finanzierungsmodus.....	217
aa) Fallpauschalensystem ISF .....	217
bb) Basiszuschuss.....	218
d) Sonderregeln für poliklinische Tätigkeit.....	218
e) Künftiger Reformbedarf.....	219
3. Finanzierung durch Volksversicherungsbeiträge .....	220
a) Allgemeines zum Volksversicherungsbeitrag .....	220
b) Festsetzung der Beiträge .....	222
c) Versichertenbeitrag (trygdeavgift) .....	222
d) Arbeitgeberbeitrag (arbeidgiveravgift) .....	223
aa) Allgemeines.....	223
bb) Differenzierte Arbeitgeberbeiträge .....	223
cc) Sonderbeitrag für hohes Einkommen .....	229
dd) Verminderter Arbeitgeberanteil für ältere Beschäftigte .....	230
e) Beitragszahlung.....	230
Thesen.....	231

## I. Einleitung:

Wenn in der politischen Diskussion über Möglichkeiten zur Rettung des Sozialstaates oder des Gesundheitswesens umfassende Änderungen gefordert werden, wird zumeist auf die Lösungsansätze anderer Staaten hingewiesen. In der Sozialpolitik besteht eine verbreitete Tendenz, Vorbilder in den skandinavischen Staaten zu suchen. So gelten die nordischen Länder als Musterbeispiele einer progressiven Familienpolitik.<sup>1</sup> Von den Dänen soll man indes in der Arbeitsmarktpolitik und im Kündigungsschutz lernen.<sup>2</sup> Die Übertragung eines umfassenden Politikfelds, etwa „der schwedischen Familienpolitik“ oder „der dänischen Arbeitsmarktpolitik“ in ein anderes Land erweist sich regelmäßig als ausgeschlossen. Auch der Übernahme einer einzelnen sozialpolitischen Maßnahme ist nicht immer ein spürbarer Erfolg beschieden, weil nicht jedes einzelne Element einfach in ein anderes gesellschaftliches oder politisches System implantiert werden kann.<sup>3</sup>

Dazu kommt, dass pauschale Hinweise auf Maßnahmen anderer Länder häufig ohne detaillierte Kenntnis des dort bestehenden Gesamtsystems geäußert werden. Die Beobachtung fremder Staaten im Hinblick auf deren gesellschaftliche, wirtschaftliche und rechtliche Besonderheiten verhilft zum besseren Verständnis der eigenen nationalen Ordnung und ist so erste Voraussetzung für eine spätere Umsetzung einer Idee im eigenen Land. Dazu ist eine möglichst genaue Beobachtung der fremden Rechts-, Wirtschafts- oder Sozialordnung notwendig. Der Jurist kann hierzu beitragen, indem er dem Leser einen Einblick in ein fremdes Rechtssystem eröffnet.

Die vorliegende Arbeit soll das Gesundheitswesen Norwegens darstellen und so auch einen bescheidenen Beitrag zur rechtspolitischen Debatte um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens leisten.

---

<sup>1</sup> Es handelt sich um ein Dauerthema der Tagespresse, vgl. nur: „Väter-Dienst am Wickeltisch“, Der SPIEGEL spezial, vom 07.08.2007, Nr. 4, Seite 94 zur Erziehungszeit in Island. Zu Schweden: „Das Sozialsystem ist ein Vorbild mit Schönheitsfehlern“, in: Stuttgarter Zeitung vom 16.09.2006, S. 6; „Kinder statt Kirche“, in: Der Standard vom 08.03.2006, S. 31; „Her mit den Kindern!“, in: Die ZEIT, Nr. 11 vom 04.03.2004, S. 18.

<sup>2</sup> Dazu Köhler, ZESAR 2007, S. 67 ff.

<sup>3</sup> Zu kurz griff zum Beispiel unlängst der Versuch, ein wesentliches Element des niederländischen Arbeitsförderungsrechts – die Leiharbeit - zu übernehmen. Die Umsetzung der Idee in sogenannten Personal-Service-Agenturen war als „Herz-Stück“ der Hartz-Reformen eingeführt worden; man versprach sich allein hiervon einen Beschäftigungseffekt von bis zu einer Million neuer Stellen. Mangels Erfolg wurde die zwingende Verpflichtung zur Einrichtung einer PSA pro Arbeitsagentur aufgehoben (5. SGB III-Änderungsgesetz, BGBl I 2005, 3676 ff.).



Im November 2006 einigten sich die Koalitionsparteien CDU/CSU und SPD auf einen Kompromiss<sup>4</sup>, nach dem sowohl die Finanzierungsstrukturen und mithin die Einnahmenseite als auch die Ausgabenseite des Gesundheitssystems reformiert werden sollen. Das Ziel des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes<sup>5</sup> ist nicht neu; es wurde vielmehr von den vielen vorherigen Reformgesetzen ebenfalls verfolgt – die nahezu alljährlich erlassen wurden.<sup>6</sup> Erreicht wurde es indes bislang nie. Steigendes Lebensalter und die Fortschritte moderner Medizin verursachen steigende Kosten, die demographische Entwicklung führt hingegen zu Einbußen auf der Einnahmenseite. Eine radikale Reform des Bestehenden oder zumindest eine vorsichtige Weiterentwicklung scheint darum auch in Zukunft unumgänglich. Darum sind andere Länder auch in der Gesundheitspolitik genau zu beobachten. Interessant sind dabei wiederum die nordischen Staaten. Dabei gilt die Gesundheitspolitik Schwedens, Dänemarks, Finnlands, Islands oder Norwegens im Gegensatz zur Familienpolitik nicht als klares Vorbild. Vielmehr existiert hierzulande überhaupt kein klares Bild.

Allenfalls zum schwedischen Wohlfahrtsstaat und Gesundheitswesen sind – dafür jedoch umfassende Darstellungen in deutscher Sprache vorhanden:<sup>7</sup> Es mangelt bislang an einer Darstellung des Gesundheitssystems von dessen westlichen Nachbarland. Norwegen und seine Rechtsordnung standen bislang nicht im Fokus der Interessen deutscher Rechtswissenschaft. Dabei ist das Land trotz seiner geringen Einwohnerzahl keinesfalls von geringerer Bedeutung als die anderen nordischen Staaten.

Nach den wirtschaftlichen Rahmendaten ist Norwegen eines der reichsten Länder der Welt. Es stellt sich daher die Frage, wie es um den norwegischen Wohlfahrtsstaat und um sein Gesundheitssystem bestellt ist.

---

<sup>4</sup> Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. - Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11. November 2006, S. 102 ff.

<sup>5</sup> Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007 (BGBl. I 2007, S. 378).

<sup>6</sup> Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV - GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190). Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (BSSichG) vom 23.12.2002 (BGBl. I S. 4637). Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz vom 15. Februar 2002 (BGBl. I S. 684), Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3773), Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626 vom 29. Dezember 1999, GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853), Erstes und Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518) bzw. vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520), Gesetz zur Beitragsentlastung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631), Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266).

<sup>7</sup> Siehe nur die umfassende Arbeit von Michelsen, 2001. Zur Entwicklung des Wohlfahrtsstaates und der schwedischen Sozialversicherung vgl. Edebalk - Valfärdsstaten.

Die Vorstellungen über Norwegen sind durch zwei Grundannahmen gekennzeichnet:

Nach der ersten ist Norwegen ein Wohlfahrtsparadies: Wer hätte nicht von den hohen Löhnen und üppigen Sozialleistungen gehört? Exemplarisch sei etwa auf die dem deutschen „Elterngeld“ entsprechende Leistung hingewiesen, die Einkommensausfälle der Eltern durch die Betreuung der Kleinkinder vollständig kompensiert.

Daneben besteht eine zweite Vorstellung. Ein Ölgemälde des Künstlers *Odd Nerdrum* aus dem Jahre 1973 relativiert auf besondere Weise den Mythos vom generösen Wohlfahrtsstaat.



Es zeigt – in düsteren Farben – eine alte Frau auf dem Bett in ihrem karg eingerichteten, wenig wohnlichen Raum sitzend. Die Waschschüssel, ein Schemel, auf dem die Medikamente bereitstehen, und schließlich ein Tablettwagen weisen auf ein Altenheim hin. Das zerfurchte Gesicht blickt ausdruckslos und müde auf den Betrachter. *Nerdrum* gab dem Bild den Titel: „*trygd*“ - zu deutsch: „(Sozial)versicherung“. Ausdrucksstark weist der Maler so auf einen Wohlfahrtsstaat hin, der für die Bedürftigen aus seiner Bevölkerung Leistungen auf geringstmöglichem Niveau bereitstellt.

Die Vorstellungen vom norwegischen Wohlfahrtsstaat sind also ambivalent. Diese Arbeit soll einen Teil dieses Wohlfahrtsstaates - sein Gesundheitswesen beschreiben und zugleich dessen Veränderungen seit seinen Ursprüngen nachvollziehen. Ein Schwerpunkt der Betrachtung wird dabei die Verfestigung

von Rechtsansprüchen im Sozialrecht und Gesundheitsrecht Norwegens sein - eine der bedeutendsten Veränderung in den letzten Jahren.

Der nordische Wohlfahrtsstaat wird regelmäßig als eine Erfindung der Nachkriegszeit gesehen, die von der jahrzehntelangen Alleinherrschaft sozialdemokratischer Regierungen geprägt ist. Es soll versucht werden, diese Behauptung genauer zu untersuchen, indem ausführlich die Geschichte des modernen Gesundheitswesens betrachtet wird.

Ob das norwegische Gesundheitswesen Vorbild für künftige Reformen in Deutschland sein kann, ist die dahinterstehende rechtspolitische Frage. Naturgemäß ist eine Betrachtung nicht mit dem pauschalen Ergebnis möglich, dass das andere System besser oder schlechter sei als das des Heimatlands. Eine solche umfangreiche Bewertung eines Gesundheitssystems in einem anderen Land wäre im gewählten Rahmen unmöglich. Die Fragestellung ist darum weniger kühn zu wählen. Es sollen die zentralen Merkmale des norwegischen Gesundheitswesens herausgearbeitet werden. Anhand derer wird untersucht werden, ob Norwegens Gesundheitswesen noch typische Kennzeichen eines Sozialversicherungssystems aufweist, oder ob es im Laufe der vergangenen Jahrzehnte zu einem universellen, steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitswesen entwickelt wurde.

## II. Norwegen - Landeskundliche Informationen

Norwegen erstreckt sich an der westlichen Seite der skandinavischen Halbinsel vom südlichsten Punkt bei *Lindesnes* bis zum *Nordkapp* über eine Entfernung von etwa 1.700 km Luftlinie. Die Küstenlinie hingegen ist 21.925 km lang, rechnet man nur die größeren der etwa 150.000 vorgelagerten Inseln mit ein. Die Fläche Norwegens beträgt 386.958 km<sup>2</sup> und ist damit etwas größer als die der Bundesrepublik Deutschland. Trotz dieser Ausdehnung lebten 2006 lediglich 4.64 Millionen Einwohner in Norwegen. Seine Einwohnerdichte entspricht mit 14,3 Einwohnern/km<sup>2</sup> lediglich einem Sechzehntel der Deutschlands.

Die Wirtschaft Norwegens war lange durch Kleinunternehmen geprägt. In ihr wurden maßgeblich die natürlichen Ressourcen des Landes - Fisch, Holz und Eisenerz - verarbeitet. Die Industrialisierung setzte später und weniger umfassend ein als in den zentraleuropäischen Staaten.

Nachdem jedoch Ende der 1960er Jahre auf dem norwegischen Kontinentalsockel Erdgas und Erdöl gefunden wurden, begann ein steiler ökonomischer Aufschwung. Dieser war zwar Schwankungen unterworfen, hält jedoch bis heute an.<sup>8</sup> Vergleicht man das heutige Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner von 61.852 USD mit dem des EU-Durchschnitts von 30.473 USD,<sup>9</sup> wird deutlich, dass Gas und Öl den Einwohnern des Landes zu beträchtlichem materiellen Wohlstand verholfen haben. Dieser äußert sich auch in der geringen Armut: Im Jahre 2003 waren 11,4% der Bevölkerung vom Risiko der Armut betroffen.<sup>10</sup> Die Arbeitslosigkeit ist im Vergleich mit anderen Industrienationen niedrig und betrug Anfang 2007 im Landesdurchschnitt nur 2,7 %.<sup>11</sup>

Die Wirtschaftskraft Norwegens spiegelt sich im hohen Lebensstandard sowie der hohen Lebensqualität der Bevölkerung wieder. Im *Human Development Report* der Vereinten Nationen (Report über den Index der menschlichen Entwicklung)<sup>12</sup>, in dem seit 1990 regelmäßig der Stand der menschlichen Entwicklung in den Ländern der Welt anhand einer Maßzahl ermittelt wird, belegt Norwegen seit 6 Jahren in Folge den ersten Platz.<sup>13</sup> Selbstbewußt sieht man sich selbst als das

---

<sup>8</sup> Marklund, S. 38.

<sup>9</sup> Daten 2005 vom Internationalen Währungsfond (IWF), vgl.: <http://www.imf.org/>.

<sup>10</sup> Nach der EU-Definition gilt als relativ arm, wer in einem Haushalt lebt, dessen Äquivalenzeinkommen weniger als 60% des Medianeinkommens beträgt.

<sup>11</sup> Überblick über die Entwicklung: 1950: 9.026 Personen (1,0 %); 1960: 17.097 Personen (1,2 %); 1970: 12.458 Personen (0,8 %); 1980: 22.286 Personen (1,3 %); 1985: 51.418 Personen (2,5 %); 1990: 92.671 Personen (4,3 %); 1995: 102.154 Personen (4,7 %); 2000: 62.623 Personen (2,7 %); 2005: 89.000 Personen (3,7 %). Alle Daten von der Norwegischen Statistikbehörde SSB (<http://www.ssb.no>).

<sup>12</sup> Verfügbar auf der Internetpräsenz der UN: <http://www.undp.org/>

<sup>13</sup> Vgl. nur den UNDP-Human Development Report 2005, S. 219.

weltweit „beste Land zum Wohnen“<sup>14</sup>. Die Lebenserwartung der norwegischen Bevölkerung ist eine der höchsten in Europa, neugeborene Mädchen können danach ein Alter von 82,3, neugeborene Jungen von 77,5 Lebensjahren erreichen.<sup>15</sup> Der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung ist nach den Maßstäben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gut; er wird auch von der Mehrzahl der Bevölkerung als positiv empfunden.<sup>16</sup>

Norwegen ist in drei Verwaltungsebenen gegliedert, namentlich in die zentrale Staatsverwaltung, welche aus der Regierung und den Ministerien sowie ihren nachgeordneten Behörden besteht, in Provinzen (*fylker*) auf der mittleren Ebene und auf dritter Ebene in Kommunen.<sup>17</sup>

An der Spitze der norwegischen Staatsverwaltung stehen der König und die Regierung, d.h. der Staatsrat (*statsråd*). Nach der Verfassung (*grunnloven*) liegt die ausübende Macht beim König, während den Ministern die Funktion von Ratgebern zukommt. Jedoch spiegelt dieser Wortlaut nach der heutigen Lesart nicht die Verfassungswirklichkeit wider. Die dem König in der Verfassung zugedachte starke Position wurde nach der Verabschiedung im Jahre 1814 zunehmend durch die erstarkende Position der Regierung geschwächt.<sup>18</sup> Mit dem Volksentscheid von 1905 schwand ein weiterer Teil königlicher Macht. Zugleich wurden die Kompetenzen des *Storting*, des norwegischen Parlaments, erheblich erweitert. Dennoch leitet der König als Staatsoberhaupt die Sitzungen des Staatsrates. In den Staatsratssitzungen, welche im königlichen Schloss<sup>19</sup> abgehalten werden, trifft die Regierung, d.h. der Staatsminister und die Fachminister der jeweiligen *departements* zusammen. Die dort gefassten Beschlüsse tragen den Namen „königliche Resolution“ und entfalten nur als solche Rechtswirkung.<sup>20</sup> Dem Staatsrat selbst steht nach der Verfassung keine eigenständige Befugnis für Beschlüsse zu, weil es sich nach dem Gedanken des Grundgesetzes eben gerade um den Rat des Königs handelt. Das verfassungsrechtlich ursprünglich vorgesehene Verhältnis zwischen König und Staatsrat ist jedoch in der Wirklichkeit ins Gegenteil verkehrt. Faktisch bestimmt

---

<sup>14</sup> SHDir Rapport „Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren“ (SHDir IS-1368), S. 17.

<sup>15</sup> SHDir Rapport „Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren“ (SHDir IS-1368), S. 26.

<sup>16</sup> Die Gesundheitsuntersuchung von 1995 ergab, dass 80% der Männer und 76% der Frauen ihren eigenen Gesundheitszustand als gut empfinden. Vgl. NOU 2000:27, Punkt 5.2.1.

<sup>17</sup> Nach einer anderen Ansicht besteht hingegen eine lediglich zweigeteilte Verwaltungsstruktur, wobei zwischen der Ebene direkter Staatsverwaltung einerseits und der lokalen Ebene (Kommunen und Provinzen) andererseits unterschieden wird. Vgl. Eckhoff/Smith, S. 73.

<sup>18</sup> Eckhoff/Smith, S. 68.

<sup>19</sup> Retningslinjer Om Statsråd, S. 12; Detailreich zum genauen Zeremoniell: Berggrav, S. 71ff.

<sup>20</sup> Andenæs, Statsforfatningen, S. 133.

der Staatsrat, und der König unterzeichnet.<sup>21</sup> Der Verfassungsrechtler *Johannes Andenæs* sprach im Hinblick auf die gegenwärtige tatsächliche Position des Königs vom „Ratgeber der Ratgeber“.<sup>22</sup> Die Minister als Regierungsmitglieder stehen ihrem jeweiligen Fachministerium vor.<sup>23</sup> Unter der gegenwärtigen Regierung bestehen 17 Fachministerien. Diese untergliedern sich in verschiedene Unterabteilungen (*direktorater*). In der Vergangenheit kam es häufig zu Umstrukturierungen und zum Wechsel von Aufgabenfeldern zwischen den einzelnen Ministerien:<sup>24</sup> alte wurden zusammengelegt oder aufgelöst und neue Aufgabenfelder verlangten die Etablierung neuer Ministerien.<sup>25</sup>

Die mittlere Verwaltungsebene Norwegens wird von den 19 Provinzen (*fylker*) gebildet.<sup>26</sup> Diese Verwaltungseinheiten, welche eine Anzahl von Lokalkommunen umfassen, entsprechen in der britischen Verwaltungsstruktur dem *shire* bzw. *county*.<sup>27</sup> Ihre geographische Einteilung geht auf die Verbindung von Dänemark und Norwegen zurück. Seit 1660 wurden die Verwaltungseinheiten als *amt* bezeichnet,<sup>28</sup> doch die Umbenennung im Jahre 1919 in *fylke* ließ die geographische Einteilung unverändert.<sup>29</sup>

Den Provinzen als mittlere Ebene der Verwaltung wächst die Aufgabe der Verknüpfung der kommunalen Verwaltung mit der direkten Staatsverwaltung zu. Unter der Führung des *fylkesmann* als dem höchsten Vertreter staatlicher Verwaltung soll die Verwaltungsprovinz die Zusammenarbeit zwischen Kommunen und staatlichen Organen fördern.<sup>30</sup> Mit dem Amt des *fylkesmann* ist das Recht verbunden, in zahlreichen Aufgabenfeldern der Verwaltung abschließende Entscheidungen zu treffen. Dies betrifft etwa Fragen des Familienrechts, des Personenstandsrechts und des Namensrechts (Adoption, Vaterschaftsanerkennung, Ehescheidung). Daneben kommen dem *fylkesmann* wichtige Kompetenzen im Umweltschutz- und Planungsrecht zu. Zu den ihm übertragenen Aufgaben staatlicher Zentralverwaltung zählt weiterhin die

---

<sup>21</sup> Eckhoff/Smith, S. 75; Andenæs, Statsforfatningen, S. 133; In diesem Sinne auch Andenæs/Olsen-Andenæs, S. 55, der die Unterzeichnung durch den König als Formalität bezeichnet, deren Unterbleiben undenkbar ist.

<sup>22</sup> Vgl.: Andenæs, Statsforfatningen, S. 134.

<sup>23</sup> Eckhoff/Smith, S. 78.

<sup>24</sup> Eckhoff/Smith, a.a.O.

<sup>25</sup> Berggrav, S. 102f.

<sup>26</sup> Vgl. § 2 Lov av 14.8. 1918 nr. 1 om forandring av rikets inndelingsnavn.

<sup>27</sup> Evang, S. 51.

<sup>28</sup> St. meld. nr. 32 (1994-1995), 5.2.1.

<sup>29</sup> In der dänischen Verwaltung hat sich die Bezeichnung „amt“ bis heute erhalten.

<sup>30</sup> Vgl. Kongelige Resolusjon 7/8 1981.

Kommunalaufsicht, welche sich jedoch regelmäßig in einer Rechtsaufsicht erschöpft.<sup>31</sup>

In den 1970er Jahren zielte die Politik auf die Stärkung der *fylker* als selbständige Ebene der Verwaltung. Durch die *fylkeskommunereform* von 1976 wurde etwa die direkte Wahl eines Kommunalparlaments (*fylkesting*) und ein eigenständiges Besteuerungsrecht eingeführt. Die eigenständige Verwaltung, welche ihren Sitz in den *fylkeskommunen* hat, wurde ausgebaut und das Amt des *fylkesrådmann* als Leiter der Provinzverwaltung geschaffen.<sup>32</sup>

Aufgrund zweier neuerer Tendenzen – der Kommunalisierung einerseits und der Zentralisierung andererseits – kam es seit dieser Zeit zu Kompetenzverlagerungen und Aufgabenerweiterungen sowohl zugunsten der Kommunen als auch der zentralstaatlichen Verwaltungsebene. Viele Aufgaben wurden in der Vergangenheit der Verantwortung der *fylkeskommunen* entzogen. Der Bedeutungsverlust der Provinzverwaltung hat in der Vergangenheit vielfach zu Diskussionen über eine Abschaffung der mittleren Verwaltungsebene geführt.<sup>33</sup>

Die 433 Kommunen Norwegens sind die kleinsten eigenständigen politischen und administrativen Einheiten. Sie besitzen als Gebietskörperschaften des öffentlichen Rechts eigene Rechtspersönlichkeit und üben innerhalb des Gemeindegebietes dabei umfangreiche eigenständige Befugnisse aus.<sup>34</sup> Als Kernaufgaben der Daseinsvorsorge nehmen Norwegens Kommunen auch die Verantwortung für den Schulbetrieb (Grund- und weitergehende Schulen) und die Primärversorgung im Gesundheitswesen wahr. Sie tragen hierfür auch die Finanzierungslast. Die notwendigen Ausgaben bestreiten die Städte und Landgemeinden aus staatlichen Zuschüssen, kommunalen Abgaben und Beiträgen, sowie vor allem aus eigenen Steuern.<sup>35</sup> Aus dem Kommunalgesetz<sup>36</sup> ergibt sich die Zuständigkeit des Gemeinde- bzw. Stadtrates (*kommunestyret*) zur Festlegung des jährlichen kommunalen Budgets. Jedoch wird das grundsätzlich freie Recht der gewählten Gemeinderatsmitglieder zur Aufstellung des Finanzplanes durch zahlreiche

---

<sup>31</sup> § 59 kommuneloven.

<sup>32</sup> NOU 1987:25, S. 62 ff.

<sup>33</sup> Eckhoff/Smith, S. 88.

<sup>34</sup> Eine dem deutschen Recht vergleichbare Bestandsgarantie der Kommunen, besteht im norwegischen Verfassungsrecht nicht. Gleichwohl bleibt die rechtliche Möglichkeit einer Abschaffung der kommunalen Selbstverwaltung ein theoretisches Gedankenspiel. Sie ist politisch undenkbar. Vgl. Eckhoff-Smith, S. 74; Smith, L&R 2003, S. 3 ff.

<sup>35</sup> Den Gemeinden und Städten steht nach § 15-3 des Steuergesetzes (Lov av 26. mars 1999 nr. 14 om skatt av formue og inntekt=skatteloven) das Recht zu, innerhalb der vom Parlament (*Storting*) festzusetzenden Höchstgrenzen einen eigenen Einkommenssteuersatz festzusetzen.

<sup>36</sup> § 45 Abs. 1 des Kommunalgesetzes. Lov av 25. september 1992 nr 107 om kommuner og fylkeskommuner= *kommuneloven* (kl).

zentralstaatliche Vorschriften eingeschränkt.<sup>37</sup> Der zunehmende Druck dieser Vorschriften beschränkt die kommunale Autonomie.<sup>38</sup> Während sich das Kommunalgesetz hinsichtlich der kommunalen Budgethoheit in allgemeinen gesetzlichen Beschränkungen erschöpft,<sup>39</sup> begründen einzelne Gesetze Ansprüche der Einwohner gegen die Gemeinden und Städte und begründen somit weitreichende Kostenpflichten. So muss der Gemeinderat etwa bei seiner Finanzplanung gesetzlich gebundene Haushaltspflichten bedenken, welche sich unter anderem aus der Verantwortung der Kommune für die primäre Gesundheitsversorgung ergeben.

### III. Der Wohlfahrtsstaat - Ideengeschichtlicher Hintergrund

*„Es ist nur gerecht, dass jene, die haben geben, und jene, die nichts haben, erhalten, solange unsere gemeinsamen Möglichkeiten reichen“<sup>40</sup>*

Was wie eine Aufforderung zur christlichen Nächstenliebe anmutet, stammt tatsächlich aus dem Grundsatzprogramm der Norwegischen Arbeiterpartei (*Det Norske Arbeiderparti - DNA*) von 1918.<sup>41</sup> Die Ähnlichkeit dieser sozialistischen Forderung mit den karitativen Idealen der Glaubensgemeinschaften mag zunächst überraschen. Jedoch zeigt sie zugleich, dass die Ursache für den Gleichheitsgedanken im norwegischen Wohlfahrtssystem kaum in einer einzelnen ideengeschichtlichen Grundlage zu finden ist.<sup>42</sup> Genauso wenig lässt sich die Behauptung aufrechterhalten, dass nur eine gesellschaftliche Gruppe, Schicht oder Klasse diesen Gedanken für sich allein in Anspruch nehmen kann. Die Rolle von Arbeiterbewegung und Sozialdemokratie ist für die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates sehr wichtig. Die Sozialdemokratie kann indes längst nicht alleine für sich beanspruchen, den Wohlfahrtstaat erfunden zu haben.<sup>43</sup>

---

<sup>37</sup> Eckhoff/Smith, S. 156. Zur staatlichen Kommunalaufsicht (tilsyn) vgl. Helgøy/Serigstad, Rokkan Senter Notat 9 - 2004, S. 9 ff.

<sup>38</sup> Zur Entwicklung des Verhältnisses zwischen Kommunen und Zentralstaat vgl. Fimreite/Selle/Tranvik, S. 6 ff.

<sup>39</sup> Nach § 5 Abs. 2 kl. i.V.m. § 46 Nr. 1 kommuneloven besteht jedoch die Pflicht zu Planung die auf einer „realistischen Bewertung der zu erwartenden Entwicklung in der Kommune oder fylkeskommune und der zur Verfügung stehenden ökonomischen Ressourcen“ fußt.

<sup>40</sup> ”Det er netop ... retfærdig at den som meget har gir og at den som intet har, faar saalangt vore fælles evner rækker“- eig. Übersetzung.

<sup>41</sup> Arbeiderparti-Folkeforsikring, S. 47.

<sup>42</sup> Bamford, Norsk Statsvitenskaplig tidsskrift 1994, S. 196 m. w. N.

<sup>43</sup> Steen, S. 22; Bjørnson, Scand. J. History 2001, S. 223; Baldwin, 62 f.



## 1. Begriffsdefinition

Die Historikerin *Anne-Lise Seip* schrieb, „niemand wisse eigentlich, was der Wohlfahrtsstaat sei“<sup>44</sup>. Obwohl viel älter, wurde der Terminus *welfare state* im Jahre 1941 vom Yorker Erzbischof *William Temple* als Gegensatz zum *warfare state* Nazi-Deutschlands geprägt.<sup>45</sup> Von Großbritannien aus verbreitete er sich in der Nachkriegszeit weltweit und wurde fortan von den Angehörigen aller Berufsgruppen genutzt. Eine noch heute gültige Definition formulierte im Jahre 1961 der britische Historiker *Asa Briggs*:

„Ein Wohlfahrtsstaat ist ein Staat, der bewusste Anstrengungen unternimmt, um die Mechanismen des Marktes insbesondere in drei Richtungen zu verändern: – Erstens: Individuen und Familien wird ein Minimaleinkommen garantiert unabhängig vom Marktwert ihrer Arbeit oder ihres Besitzes. Zweitens: Unsicherheiten werden eingeschränkt, indem die Individuen und Familien befähigt werden, Risiken wie Krankheit, Alter und Arbeitslosigkeit zu bewältigen, die andernfalls zu Krisen führen würden. Drittens wird allen Bürgern unabhängig von ihrem Status und ihrer Klassenzugehörigkeit der bestmögliche Standard eines festgelegten Angebotes sozialer Dienstleistungen gewährt.“<sup>46</sup>

Weitere Definitionen unterscheiden sich hiervon nur unmaßgeblich. Für *Barr* ist der Wohlfahrtsstaat dadurch gekennzeichnet, dass „er Dinge vollbringt, welche der private Markt aus technischen Gründen gar nicht erledigt oder aber nur ineffizient erledigen könnte“<sup>47</sup>. Der norwegische Jurist *Graver* etwa sieht den Kern des Wohlfahrtsstaates in der öffentlichen Verantwortung für die Sicherung des Einkommens, der Gesundheit und Pflege eines Jeden. Grundlegendes Ziel „ist es, zu verschiedenen Formen der Umverteilung von Möglichkeiten und Gütern zu gelangen - von Reichen zu Armen, von Gesunden zu Kranken, von Arbeitenden zu Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen, zwischen Stadt und Land, und zwischen Frauen und Männern. Die Vision ist, dass ein jedes Individuum Recht und

---

<sup>44</sup> Zit. nach Kolberg, S. 36.

<sup>45</sup> Gough, S. 281; Kolberg, S. 36. Wodroffe, *Journal of Social History* 1968, S.303 meint hingegen, der Altphilologe Sir Alfred Zimmern hätte den Begriff bereits in den 1930er Jahren - in ähnlicher Bedeutung- genutzt.

<sup>46</sup> “A “Welfare State” is a state in which organised power is deliberately used (through politics and administration) in an effort to modify the play of market forces in at least three directions-first, by guaranteeing individuals and families a minimum income irrespective of the market value of their property; second, by narrowing the extent of insecurity by enabling individuals and families to meet certain “social contingencies” (for example, sickness, old age and unemployment) which lead otherwise to individual and family crises; and third, by ensuring that all citizens without distinction of status or class are offered the best standards available in relation to a certain agreed range of social services”. Vgl. Briggs, *Archives* 1961, S. 228.

<sup>47</sup> Barr, S. 1987.

Möglichkeit zu einem anständigen Lebensstandard hat; zu einer guten Ausbildung, zu Arbeit, Wohnung, medizinischer Hilfe und zu Pflege.“<sup>48</sup>

Die Sozialpolitikforschung setzt bei der Charakterisierung des „Wohlfahrtsstaates“ verschiedene Schwerpunkte. Nach einer Sichtweise dient der Wohlfahrtsstaat als ein politisches Mittel zum Ausgleich der Kräfte des freien Marktes. Einige Forscher betonen, dass Wohlfahrtsstaatspolitik durchaus auch als Mittel zur Konsolidierung und Erhaltung eines bestehenden Systems sowie zur Abwehr drohender Änderungen notwendig ist. Sozialreformen sollen danach vor allem dazu dienen, Revolutionen oder andere große gesellschaftliche Änderungen zu vermeiden.<sup>49</sup> Als Beispiel hierfür wird etwa die Sozialpolitik im Deutschen Reich von 1871 angeführt: *Otto von Bismarck*, bemüht um die Stabilisierung des Bestehenden,<sup>50</sup> führte die Sozialversicherung ein, um Revolutionen der Arbeiterklasse vorzubeugen.<sup>51</sup>

Andere Forscher hingegen betonen den universalistischen Ansatz wohlfahrtstaatlicher Politik. Hiernach sollen die Einwohner eines Landes mit sozialen Rechten ausgestattet werden, um ihnen den Status eines vollwertigen Staatsbürgers zu verschaffen. Der Kern des Wohlfahrtsstaates ist nach der Grundthese von *T. H. Marshall* „*social citizenship*“ - die soziale Bürgerstellung.<sup>52</sup> Die Wohlfahrtspolitik soll als Mittel sozialer Integration wirken. Das Recht auf soziale Teilhabeleistungen soll vermeiden, dass Bedürftige stigmatisiert werden.<sup>53</sup> Das Gefühl der Gleichwertigkeit wird nach dieser Vorstellung vor allem dadurch erzeugt, dass nicht nur alle gleichheitlichen Zugang zu den Leistungen des Wohlfahrtsstaates haben sollen: Vielmehr meine Universalismus auch Leistungsansprüche in gleicher Höhe. Konsequenterweise erachten diese Forscher eine Bedarfsprüfung für den Leistungsanspruch als nachteilig. *Richard Titmuss*, einer der bedeutendsten Vertreter dieser Sichtweise, meint, dass Bedarfsprüfung Bedürftige als Verlierer und Bürde der Gemeinschaft abstempelt.<sup>54</sup> Zu diesem Stigmatisierungsargument tritt ein weiteres: Bedarfsprüfungen schafften

---

<sup>48</sup> Graver, Forvaltningsrett, S. 63: ”Kjernen i velferdsstaten er det offentlige ansvar for inntektssikring, helse og omsorg. Et grunnleggende mål er å få til forskjellige former for omfordeling av muligheter og goder – fra rike til fattige, fra friske til syke, fra arbeidsaktive til arbeidsledige og arbeidsuføre, mellom by og bygd og mellom kvinner og menn. Visionen er at ethvert individ skal ha rett og mulighet til en anstendig levestandard, til en god utdanning, til arbeid, bolig, til medisinsk hjelp og omsorgstjenester.”

<sup>49</sup> Dahl. Mot en ny velferdsstat, S. 332.

<sup>50</sup> Zitat Bismarck: „Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihre wegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte.“; zit. nach Habermann, S. 176.

<sup>51</sup> Kolberg, S. 65, spricht vom „Wohlfahrtsstaat als Medizin gegen die Revolution“.

<sup>52</sup> Marshall, S. 67 f. Dazu auch Lacey, *Social & Legal Studies* 1992, S. 326 f.

<sup>53</sup> Kolberg, S. 49 ff.

<sup>54</sup> Titmuss, *Commitment to welfare*, 1968, zit. nach Baldwin, S. 118.

erhebliche administrative Probleme, weil sie komplizierte normative Regelungen voraussetzten und hohe Kosten verursachten - ein Argument, welches sich bis heute erhalten hat und bei der aktuellen Diskussion um ein bedingungsloses Grundeinkommen stets präsent ist.<sup>55</sup>

## 2. Typologisierung der Wohlfahrtsstaaten

Welchen theoretischen Schwerpunkt die Forscher auch wählen, sind sie sich doch weitestgehend über die Hauptaufgabe des Wohlfahrtsstaates einig: Es ist die Umverteilung von Einkommen. Da die meisten Industrienationen durch Steuerrecht oder durch Sozialversicherungsordnungen Einkommensumverteilung vorsehen und auf der anderen Seite Sozialleistungen für Bedarfssituationen bereithalten, können sie regelmäßig als Wohlfahrtsstaaten bezeichnet werden. Unterschiedlich sind die Staaten indes im Hinblick auf Wirkung und Maß der Umverteilung. Dieser Frage sind in der Vergangenheit zahlreiche Wissenschaftler nachgegangen, um die verschiedenen Wohlfahrtsstaaten einzuteilen. Hierunter hat *Gøsta Esping-Andersen* die Diskussion mit seinen Beiträgen besonders geprägt. In seinen Arbeiten, vor allem in seinem bahnbrechenden Buch „The Three Worlds of Welfare Capitalism“, teilt er verschiedene Staaten nach ihrer Wohlfahrtsideologie ein. Er baut dabei auf Einteilungen früherer Arbeiten, vor allem auf der von *Titmuss* auf<sup>56</sup> und unterscheidet drei Typen von Wohlfahrtsregimes: das liberale, das konservativ-korporatistische und schließlich das sozialdemokratische.

Zu dem erstgenannten zählt er einen Staat, in dem die Normsetzung zum sozialen Schutz der Einwohner auf ein Mindestmaß beschränkt ist und der lediglich Armut vermeiden soll. Dabei dominieren bedürftigkeitsabhängige Fürsorgeleistungen an die Einwohner (Residualprinzip). *Esping-Andersen* zählt zu diesen Staaten vor allem Australien, Neuseeland und die USA.<sup>57</sup>

Charakteristisch für die konservativ-korporatistische Wohlfahrtsordnung ist die Dominanz der Sozialversicherung. Soziale Leistungen werden in diesem Wohlfahrtsstaattypus überwiegend aus den Beiträgen zur Sozialversicherung finanziert. Die Leistungshöhe orientiert sich vor allem an der individuellen Beitragserbringung. *Esping-Andersen* erkennt zwar an, daß dieses sogenannte

---

<sup>55</sup> Als Kritikpunkt an dieser Vorstellung lässt sich bemerken, dass die Wirkweise der Destigmatisierung durch Ansprüche auf Leistungen in einheitlicher Höhe nicht empirisch nachgewiesen ist. Robert Pinker, *Social Theory and Social Policy* (1971), vermutet in Kapitel 4, der Einfluss solcher sozialpolitischen Maßnahmen auf das Selbst-Gefühl der Bedürftigen sei höchst ungewiss: Allein durch den Erhalt von Sozialleistungen werde nicht das Gefühl verdrängt, zu einer Gruppe von Benachteiligten zu gehören oder sich gar mit den „Gewinnern“ gemeinsam als gleichwertige Staatsbürger aufzufassen.

<sup>56</sup> Titmuss unterscheidet zwischen dem Residual-Modell und dem institutionellen Modell. Vgl. auch Kolberg, S. 42 ff.

<sup>57</sup> Esping-Andersen, S. 27.

Äquivalenzprinzip in keinem Staat in Reinform vorkommt. Jedoch zeichnet für ihn gerade die Verkopplung zwischen erbrachtem Beitrag und dem Umfang des Leistungsanspruchs diesen Wohlfahrtsordnungstypus aus. Zu den betreffenden Ordnungen zählt er neben der deutschen und der österreichischen die französische und die italienische.<sup>58</sup>

Eine letzte Gruppe bezeichnet *Esping-Andersen* als die sozialdemokratischen Wohlfahrtsregime. Die Staaten, zu welchen vor allem die nordischen Staaten zählen, lassen sich durch vergleichsweise generöse Leistungen an alle Einwohner, d.h. die Universalität des Sicherungssystems beschreiben, welche überwiegend durch Steuern finanziert werden.

### **3. Das Nordische Wohlfahrtsmodell - Kennzeichen**

Was macht nun gerade das nordische Wohlfahrtsmodell aus? *Esping-Andersen* beantwortet diese Frage durch den Vergleich der drei wohlfahrtsstaatlichen Typen anhand des Maßes der sogenannten „De-Kommodifikation“. Bezeichnet wird damit das Maß der Entkoppelung von Sozialleistungen und Arbeit. Betrachtet man die Arbeit als zirkulationsfähige Ware (*commodity*), so kann derjenige viel auf dem Markt einbringen, der viel oder hochwertige Arbeit verrichtet. Indes ist der Nicht-Arbeitende an der Marktteilnahme ganz verhindert bzw. seine Marktmacht ist stark eingeschränkt. Die durch soziale Rechte vermittelten Leistungen vermindern also den Abstand zwischen beiden Personengruppen, sie verringern mit anderen Worten die Marktabhängigkeit Bedürftiger. In den nordisch-sozialdemokratischen Wohlfahrtsregimen ist nach den Untersuchungen von *Esping-Andersen* das Maß der Dekommodifikation sehr hoch.<sup>59</sup> In diesen Wohlfahrtsordnungen nivelliert der Staat zudem bestehende Ungleichheiten durch aktive politische Maßnahmen (etwa Arbeitsförderung, aktivierende Sozialpolitik, staatliche Lohnpolitik) besonders stark. Schließlich ist der nordische Wohlfahrtsstaat gekennzeichnet durch einen stark ausgebauten öffentlichen Sektor. Die Sozialleistungen werden in diesen Ordnungen weit überwiegend durch Steuern finanziert und das Steuerniveau ist wegen des erheblichen Ausgleichsbedarfes regelmäßig hoch.

*Esping-Andersen* erkennt an, dass im nordisch-sozialdemokratischen Wohlfahrtsregime ebenso wie in den anderen Regimes Abweichungen vom jeweiligen Idealtypus festgestellt werden können. Es gibt mit anderen Worten nicht den nordischen Wohlfahrtsstaat in der theoretischen Reinform, sondern

---

<sup>58</sup> Esping-Andersen, S. 27 a.a.O.

<sup>59</sup> Esping-Andersen, S. 68 ff.

vielmehr in Mischformen.<sup>60</sup> Die einzelnen Attribute Universalität, Gleichheit und das hohe Maß staatlicher Lenkung finden sich in allen nordischen Wohlfahrtsordnungen, sie sind jedoch nicht zwingend überall oder im gleichen Maß aufzufinden.

#### **a) Universalität**

Die Universalität gilt als eines der wesentlichen Kennzeichen der nordischen Ordnungen.<sup>61</sup> Darunter werden zumeist die umfassende Ausdehnung des von sozialen Sicherungssystemen umfassten Personenkreises und damit ihre Zugänglichkeit verstanden. Über diese Bedeutung hinaus wird der Begriff „Universalität“ auch auf der Seite des Leistungsbezuges verwendet und bezeichnet so die Gleichheit der gewährten Sozialleistungen unabhängig vom Einkommen und von der Höhe zuvor eingezahlter Beiträge (*flat-rate-benefits*). In den nordischen Sozialordnungen sind gerade hier Mischformen zu erkennen. Universell ist das System durch die Einbeziehung aller Wohnbürger in die jeweiligen Volksversicherungen. Doch findet sich auch in den nordischen Staaten - aus Gründen der historischen Entwicklung - mit der Leistungsäquivalenz ein zentrales Merkmal konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsordnungen. Beispiele hierfür finden sich bei den Lohnersatzleistungen. Auch Renten, Arbeitslosen- und Krankengeld weisen eine Konnexität zum vorher erbrachten Beitrag auf.

#### **b) Gesellschaftlicher Grundkonsens: Gleichheit**

Der Gleichheits-Gedanke wird vom Großteil der Gesamtbevölkerung als eines der wichtigsten gesellschaftlichen Prinzipien erachtet und beruht auf breitem Konsens. Egalität und Konsens sind bis in die heutige Zeit die wesentlichen Merkmale des schwedischen<sup>62</sup> wie auch des norwegischen Gesellschaftsmodells. Diese gesellschaftlichen Grundprägungen sind auch maßgeblich für die Entwicklung des gesamten nordischen Rechtskreises. Die historischen Ursachen für das Ideal der Gleichheit im gesamten Wohlfahrtsstaat skandinavischer Prägung sind in zahlreichen Abhandlungen schon in verschiedenen Richtungen vermutet worden. Tatsächlich lässt sich wohl aber keine singuläre oder gar einfache Erklärung finden.<sup>63</sup>

#### **c) Der starke und freundliche Staat**

Der nordische Wohlfahrtsstaat ist gekennzeichnet durch eine stark lenkende Stellung des Staates, der in nahezu allen Lebenslagen seiner Einwohner

---

<sup>60</sup> Esping-Andersen, S. 28; Kolberg, S. 42.

<sup>61</sup> Kuhnle, ZfSR 1992, S. 606.

<sup>62</sup> Zu Schweden vgl. nur Ebersohl, S. 67.

<sup>63</sup> Evang, S. 209.

intervenierte.<sup>64</sup> Der schwedische Wohlfahrtsstaat wurde für sein Eindringen in die Leben seiner Einwohner kritisiert, die auf die Formung eines „aufgeklärten, gut angepassten und sozial verpflichteten“ Bürgers zielte.<sup>65</sup> Staatlicher Interventionismus zeigt sich zum Beispiel in einer offensiven Wirtschafts-, Lohn- und Arbeitsmarktpolitik. Das Steuerrecht gestattet dem Staat erhebliche Einkommensumverteilung und mutet Besserverdienenden erhebliche finanzielle Einbußen zu. Der Staat wisse – im Gegensatz zum einzelnen Bürger – die Interessen der Einwohner zu wahren.<sup>66</sup> Es lässt sich zudem feststellen, dass sich staatlicher Paternalismus<sup>67</sup> und staatliche Kontrolle dennoch im Wesentlichen der Akzeptanz der Bevölkerung erfreuen.<sup>68</sup> Zwei der bedeutendsten Politikwissenschaftler Norwegens, *Stein Kuhnle* und *Per Selle*, beschreiben dieses Phänomen als die „Perspektive, dass der Staat von der Bevölkerung allgemein als ‚freundlich‘ wahrgenommen wird“ und werten diesen Begriff als Aussage dafür, „dass die Bevölkerung die Staatsautorität kaum je als hemmend oder unterdrückend empfand.“<sup>69</sup>

#### IV. Entstehungsgeschichte

Die skandinavischen Wohlfahrtssysteme beruhen auf ähnlichen Traditionen, was auf die langwährende Verbindung der einzelnen Nationalstaaten zurückzuführen ist.<sup>70</sup> Im Jahre 1397 gelang Königin *Margarete* von Dänemark mit der Kalmarer Union (*Kalmarunionen*) die Vereinigung der drei Königreiche Dänemark, Norwegen und Schweden unter dänischer Vorherrschaft.<sup>71</sup> Nach dem Ausscheiden Schwedens und dem Zerbrechen der Union im Jahre 1523 blieb Norwegen Teil des dänischen Reichs. Im Jahre 1814 erzwang der schwedische König in der Folge der Napoleonischen Kriege und des Kieler Vertrages die Abtretung von Norwegen an sein Land.<sup>72</sup> Norwegen verwehrte sich gegen die Eingliederung und verabschiedete am 17. Mai 1814 eine eigene Verfassung (*grunnloven*). Schweden besetzte daraufhin Norwegen und erzwang mit der *Konvention von Moss* vom 14.

---

<sup>64</sup> Bamford, *Norsk Statsvitenskaplig tidsskrift* 1994, S. 196 m. w. N; Kuhnle, *ZfSR* 1992, S. 606.

<sup>65</sup> Rothstein, S. 172.

<sup>66</sup> Kjønstad, *KJ* 2000, S. 204.

<sup>67</sup> Dahl, *Mot en ny velferdsstat*, S. 331; Kildal - Rokkan Centre Working Paper 9-2003, S. 11; Kjønstad, *KJ* 2000, S. 204.

<sup>68</sup> Kuhnle, *ZfSR* 1992, S. 607. Kuhnle/Selle, S. 280 sprechen von dem „staatsfreundlichen Land Norwegen“

<sup>69</sup> Kuhnle/Selle, S. 297.

<sup>70</sup> Klausen/Selle, *Voluntas* 1996, S.101; Zweigert/Kötz, S. 272 mit einem Abriß der historischen Entwicklung und zu der Schaffung eines „nordischen Rechtskreises“ als Folge.

<sup>71</sup> Dabei umfasste die Union auch Island, große Teile Finnlands, Grönland und die Färöer-Inseln.

<sup>72</sup> Nach § 4 des Vertrages von Kiel sollte Norwegen „in Zukunft dem Königreich Schweden gehören und eingegliedert werden“.

August 1814 die Abdankung des kurz zuvor ausgerufenen norwegischen Königs und schließlich die Zustimmung des Parlaments zu einer Union mit Schweden.<sup>73</sup> Die als Unionszeit (*unionstiden*) bezeichnete Periode war von dem stetigen Kampf norwegischer Politiker nach mehr nationalstaatlicher Souveränität gekennzeichnet.

Im Laufe der Jahrzehnte gelang es Norwegen, den schwedischen Einfluss mehr und mehr zurückzudrängen und bereits bestehende Freiheiten zu erweitern.<sup>74</sup> Als vollständig souveräner Staat entstand Norwegen jedoch erst mit Auflösung der schwedisch-norwegischen Union im Jahre 1905. Die Begründung von Nationalstaaten als Zeichen ihrer Distanz darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Beziehungen der Staaten trotz der Trennung durch große Nähe gekennzeichnet blieb. Durch die vielfachen Verflechtungen der gesellschaftlichen und rechtlichen Traditionen über Jahrhunderte hinweg ist auch die Entwicklung dessen, was als nordisches Wohlfahrtsstaatmodell betrachtet wird, zu erklären.<sup>75</sup>

Im Hinblick auf die historische Entwicklung des norwegischen Wohlfahrtsstaates und des Gesundheitswesens muss zwischen drei Phasen unterschieden werden. Ein erster Abschnitt dauerte vom ausgehenden Mittelalter bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts und ist gekennzeichnet von der Armenfürsorge als einzigem sozialpolitischen Instrument. Die zweite Epoche, die Entwicklung des Sozialstaates, war geprägt vom Übergang des staatlichen Armenwesens hin zur Schaffung von Sozialversicherungssystemen und ging einher mit der Industrialisierung des Landes. Die letzte Phase beschreibt die Entwicklung zum modernen skandinavischen Wohlfahrtsstaat. Allgemein gilt als dessen Geburtsstunde das Ende des Zweiten Weltkrieges.

## **1. Mittelalterliches Armenwesen**

In der ersten Phase sind im Hinblick auf die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung keine wesentlichen Unterschiede zu den anderen kontinentaleuropäischen Ländern festzustellen. Neben der Armenpflege durch Kirchen und Klöster<sup>76</sup> und genossenschaftlichen Sicherungssystemen bestimmter Berufsgruppen für Unfall und Tod<sup>77</sup> waren den Meistern soziale Schutzpflichten gegenüber ihren Gesellen auferlegt. Bereits die Kodifikation von Königs *Magnus VI. Håkonsson* (genannt

---

<sup>73</sup> Beschluß des Stortings über die Vereinigung mit Schweden vom 20. Oktober 1814 sowie die Reichsakte zur Bestimmung der durch die Vereinigung zwischen Norwegen und Schweden entstandenen konstitutionellen Verhältnisse, genehmigt von Norwegens Storting am 31. Juli und von den Ständen des Reiches Schweden am 6. August 1815.

<sup>74</sup> Jens Arup Seip, S. 36 ff.

<sup>75</sup> Vgl. Klinge, in: Graubard S. 51.

<sup>76</sup> Warberg, S. 369 ff; Mellbye, S. 96.

<sup>77</sup> Peters, S. 21 ff; Ormestad, S. 13ff.

„der Gesetzesverbesserer“) aus dem Jahre 1276, sah im Krankheitsfall eine Befreiung des Gesellen von seiner Leistungspflicht vor. Diese konnte er jedoch nur erreichen, wenn an seiner statt ein anderer Mann für ihn einstand und die Arbeit verrichtete. Im Seegesetz von 1561 bestanden Regelungen für die Fälle der Krankheit und des Schadens an Seeleuten ebenso wie im Bergwerksgesetz von 1683, wonach auch eine Art Krankengeld für die Bergleute geschuldet war.<sup>78</sup>

Daneben traten vor allem in der Neuzeit die aufblühenden Städte *Bergen* und *Kristiania (Oslo)* als neue Akteure einer beginnenden sozialen Sicherung hervor. Hospitale wurden errichtet und zur Behandlung der Einwohner wurden Stadtärzte berufen. Die Anfänge eines öffentlichen Gesundheitswesens lassen sich bis ins frühe 17. Jahrhundert zurückverfolgen. So wird etwa im Jahre 1603 ein *Villads Nielsen* als erster Amtsarzt der Stadt *Bergen* erwähnt, der auf der Grundlage einer königlichen Zulassung praktizierte und sein Gehalt aus den Mitteln der Stadtkasse bezog.<sup>79</sup> In Folge der fortschreitenden Mobilität der Bevölkerung setzte sich in den Staaten Europas allmählich das Prinzip der Verantwortlichkeit der Wohngemeinde durch und löste damit das bisherige Modell der gemeindlichen bzw. städtischen Verantwortung ab, welches auf die Versorgung der Bedürftigen ihrer Geburts- bzw. Heimatgemeinde beschränkt war.<sup>80</sup>

## **2. Die Entwicklung des Sozialstaates**

Die radikale Änderung der wirtschaftlichen Bedingungen im Industriezeitalter des beginnenden 19. Jahrhunderts führte durch die Wanderungsbewegungen vom Land in die Stadt sowie den Wegfall traditioneller Sicherungen und die Aufhebung des Zunftzwanges nach den Stein-Hardenbergschen Reformen zu Verelendung und Armut der Arbeiterschaft. Dieser „sozialen Frage“ nach der Überwindung jenes Missstandes mussten sich alle Staaten Europas stellen. Die nordischen Länder Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden wählten hierzu eigene Wege, welche viele Gemeinsamkeiten mit, aber auch Unterschiede zu der zentraleuropäischen Antwort aufwiesen.

Im 19. Jahrhundert vollzog sich ein reger Ideenaustausch zwischen den skandinavischen und den anderen europäischen Staaten. Ein Großteil westlicher Zivilisation wurde im Norden kopiert, indem eine intellektuelle Oberschicht aufmerksam das politische, wirtschaftliche und kulturelle Geschehens anderer Teile Europas und auch Nordamerikas beobachtete und anschließend – an die nationalen Besonderheiten angepasst – in ihrer Heimat umsetzte. So ist etwa die

---

<sup>78</sup> Dazu Jakhell, *arbeidsrett.no*, Kap. 3.3.

<sup>79</sup> Moseng, S. 82.

<sup>80</sup> Eichenhofer, Rn. 23.



norwegische Verfassung von 1814 durch Liberalität gekennzeichnet: Es handelte sich um das Werk einer kleinen, hoch gebildeten Beamtenelite, welcher das englische, französische und amerikanische Verfassungsdenken vertraut war.<sup>81</sup> Auch in wirtschaftspolitischer und sozialphilosophischer Hinsicht haben sich die nordischen Länder durch Anleihen aus Zentraleuropa und dem Vereinigten Königreich nachhaltig beeinflussen lassen. In erster Linie inspirierte die Gedankenwelt britischer Nationalökonomien, später nahm auch der Einfluss deutscher Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler zu.<sup>82</sup> Es wurden in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Dänemark, Norwegen und Schweden jeweils „Staatsökonomische Vereinigungen“ gegründet, in welchen deren Mitglieder über die wirtschaftspolitischen Fragestellungen ihrer Zeit diskutierten.

Eines der wichtigsten und höchst umstrittenen Themen war die Frage, wie weit der Einfluss des Staates reichen sollte.<sup>83</sup> Verfechter der liberalen Staatsräson meinten, der Staat solle sich mit Eingriffen in die Wirtschaft weithin zurückhalten. Nur so würde der Bevölkerung die notwendige Freiheit garantiert, welche zu Wohlstand der gesamten Nation führe. Die liberalen Parteien, welche auch die Interessen der bäuerlichen Landbevölkerung vertraten, waren auf ihre Weise Vorkämpfer für soziale Gesetzgebung und wirtschaftliche Reformen<sup>84</sup>. Sie verfochten die Freiheit des Einzelnen verbunden mit seiner Chancengleichheit. Indes war der Großteil der Bevölkerung nicht Adressat für Gleichheit und Freiheit, sondern lebte im täglichen Kampf um die Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse. Der liberalen Sichtweise trat folglich die Auffassung diametral entgegen, dass man einen intervenierenden Staat benötige, um den Lebensstandard der Gesamtbevölkerung zu heben: Es bedürfe eines Staates, welcher etwa für die Umverteilung des im wirtschaftlichen Wettstreit gesammelten Kapitals und Einkommens sorgen würde, um einem Großteil der Bevölkerung den Zugang zur wirtschaftlichen Freiheit zu ermöglichen.<sup>85</sup>

In Norwegen war die Industrialisierung aufgrund der geographischen Verhältnisse und dem Mangel an im Inland vorhandenen Kapital nicht in dem Maße vorangeschritten wie in den Ländern Zentraleuropas. So war bis weit ins 20. Jahrhundert hinein der Anteil der Landbevölkerung an der Gesamtbevölkerung größer als in anderen Staaten. Jedoch wuchsen auch Norwegens Städte, voran

---

<sup>81</sup> Hagtvet/Rundng, S. 295.

<sup>82</sup> Vgl. dazu Simensen-Kuhnle, S. 146ff.

<sup>83</sup> Mit zahlreichen Nachweisen zur Ideenwelt liberaler Staatsdenker Habermann, S. 84 ff. und S. 94 ff.

<sup>84</sup> Dahl, in: Graubard, S. 101.

<sup>85</sup> Bjørnson, Scand. J. History 2001, S. 199. Vgl. auch Kolberg, S. 45.

*Kristiania* und *Bergen*, rasch. Die Landbevölkerung versprach sich von der aufblühenden Papier-, Holz- und Fischindustrie Arbeit und Lohn. Im bäuerlich geprägten Hinterland dagegen schien ein Leben perspektivlos, denn es war zumeist von schwerster Arbeit und bitterer Armut gekennzeichnet. Den kargen Böden ließ sich nur wenig Ertrag abringen und das wenige, was geerntet werden konnte, war nur unter schwersten Mühen zu vermarkten. Die schlechten Verkehrswege waren Ursache von Hungersnöten im bergigen Hinterland, während das Getreide aus den Regionen entlang der Küste ins Ausland exportiert wurde. Die Massenauswanderung in die USA im 19. Jahrhundert war Ausdruck dieser Misere. Dieser Bevölkerungsschwund wirkte sich nachteilig für die ländliche Bevölkerungsstruktur aus, gingen doch vor allem Junge und Arbeitsfähige in die Neue Welt. Auf diejenigen, die sich zum Bleiben im Heimatland entschieden hatten, übten die Städte nach wie vor große Anziehungskraft aus. Mit dem rasanten Wachstum der Städte verschärften sich aber auch Phänomene wie die Massenarmut der Stadtbevölkerung.

Die Frage der sozialen Absicherung der Industriearbeiter, die „soziale Frage“, wurde zu einem der wichtigsten Themen in der norwegischen Politik. Mit größtem Interesse wurden die Entwicklungen in den Industrienationen Europas beobachtet, wobei ein besonderes Augenmerk der Wirtschafts- und Sozialpolitik Großbritanniens und des Deutschen Reiches galt.

#### **a) Armengesetze 1845**

Im Jahre 1845 wurden zwei Armengesetze (*fattiglover*) erlassen. Sie galten für Städte und Landdistrikte und waren maßgeblich inspiriert vom englischen Armenrecht.<sup>86</sup> Diese Gesetze stellten zwar gegenüber den lokalen Armenordnungen einen Fortschritt dar und bedeuteten auch für die Hilfeempfänger eine erhebliche Verbesserung. Dennoch können sie nicht als Sozialgesetze im heutigen Sinne verstanden werden. So war etwa die Folge des Ersuchens um Unterstützung der Verlust der Bürgerrechte.<sup>87</sup> Weiterhin belegt gerade dieses „Ersuchen“ um die geringe Unterstützung, wie weit entfernt die damaligen Gesetze vom modernen wohlfahrtsstaatlichen Verständnis waren. Die Gesetze begründeten vereinzelt Rechtspflichten, welche sowohl die öffentlichen Kassen als auch die Arbeitgeber trafen. Hatten etwa jene dem schiffbrüchigen Seemann die Kosten der Heimreise zu erstatten, schuldeten diese die Versorgung

---

<sup>86</sup> Dahl, Statsmakt og sosial kontroll, S. 282; Lødemel, ZIAS 1992, 333.

<sup>87</sup> Hansen, S. 12.

erkrankter Dienstleute über einen Zeitraum von bis zu vier Wochen.<sup>88</sup> Regelmäßig standen diesen Pflichten jedoch keine durchsetzbaren Rechtsansprüche auf Leistungen gegenüber. Die Hilfsbedürftigen blieben überwiegend auf das Wohlwollen der Armenkassen angewiesen.<sup>89</sup> Das Armenrecht unterschied zudem im Hinblick auf den moralischen Wert der Hilfsbedürftigen, zu dessen Bemessung das „Verschulden“ der Armut eine wesentliche Komponente war.<sup>90</sup> Selbstverschuldete Armut, zumal die der Arbeitsfähigen, stand staatlicher Unterstützung entgegen: Für diese Bedürftigen verstanden sich Demütigung und Abschreckung als sozialpolitisches Programm. Arbeits- und Zuchthaus für die „arbeitsunwilligen Elemente“ der Gesellschaft waren die einzigen „Sozialleistungen“, die das Armenrecht vorsah.<sup>91</sup> Lediglich die für „würdig“ befundenen Armen konnten auf Leistungen zählen.<sup>92</sup> Die Armengesetze führten zwar zur kräftigen Erhöhung der kommunalen Aufwendungen für die Armenkassen, die erwünschte Beseitigung der Armut vermochten sie indes nicht.

#### **b) Gesundheitsgesetz (1860)**

Fast ein halbes Jahrhundert nach dem Wechsel von dänischer hin zu schwedischer Herrschaft befand sich die norwegische Nation in einer Phase der Neuformung. Trotz der formalen Regierung durch von Schweden eingesetzte Vizekönige und Statthalter<sup>93</sup> hatte Norwegen weitreichende innenpolitische Freiheiten, welche das gemeinsame Ziel verschiedener gesellschaftlicher Gruppen zu verwirklichen halfen. Dieses Ziel war „*nationbuilding*“ – das Land musste zu einer starken und selbständigen Nation ausgebaut werden. Norwegen sollte im Hinblick auf die ökonomische und kulturelle Entwicklung Anschluss an die Länder Zentraleuropas finden.<sup>94</sup> Als besonders wichtig für diese Fortentwicklung wurde die Stärkung von Volksgesundheit und Hygiene als Grundvoraussetzungen für eine starke Arbeitskraft erkannt.

Anlass für staatliche Interventionen gaben die Ausbrüche von Seuchen und Epidemien in der Mitte des 19. Jahrhunderts. Die erste von mehreren großen

---

<sup>88</sup> Dazu Jakhelln, *arbeidsrett.no*, Kap. 3.3.

<sup>89</sup> Stokke, S. 26.

<sup>90</sup> Zum Wandel in der schwedischen Armen- und Sozialpolitik des 19. Jahrhundert vgl. Olofsson, *Socialvetenskaplige tidskrift* 1997, S.216 ff.

<sup>91</sup> Sehr instruktiv zum repressiven Charakter der Wohlfahrtspolitik: Dahl, *Statsmakt og sosial kontroll*, S. 271 ff. Offenkundig sind auch die Parallelen zum deutschen Armenrecht des ausgehenden 18. Jh., z.B. im Allgemeinen Preußischen Landrecht

<sup>92</sup> Stokke, S. 27.

<sup>93</sup> Der schwindende Einfluss der schwedischen Regierung offenbart sich auch in der Praxis der Einsetzung von Vizekönigen und Statthaltern. Das Vizekönigtum wurde am 30.06.1891 aufgehoben. Die Statthalterschaft wurde zunächst von Schweden, von 1836 an aber ausschließlich von Norwegern ausgeübt, und schließlich durch einen Stortingsbeschluss 1859 endgültig aufgehoben, ohne dass es zu scharfen Reaktionen Schwedens kam.

<sup>94</sup> Schøtz, *Bind 2*, S. 42.

Cholera-Epidemien der 1850er Jahre erreichte Norwegen mit der Ankunft des Schiffes „Nordkap“ in *Kristiania* am 20. Juli 1853. Allein in diesem Jahr verstarben 2500 von insgesamt 3800 erkrankten Menschen. Die blitzschnelle Ausbreitung der Krankheit wird von Medizinhistorikern als augenöffnend und wegbahnend für eine offensive Gesundheitspolitik des Staates betrachtet.<sup>95</sup>

Starke staatliche Eingriffe in Fragen der Volksgesundheit waren insoweit bemerkenswert, als das auch im Skandinavien des 19. Jahrhunderts der Liberalismus sein „klassisches“<sup>96</sup> Zeitalter erreicht hatte. Denn staatliche Eingriffe im Interesse der Allgemeinheit widersprachen dessen Vorstellungen. Nach dieser Sichtweise war etwa Krankheit ein selbst verantwortetes Schicksal.<sup>97</sup> Erst durch die massenhaft auftretenden Seuchen und Epidemien entstand das Bewusstsein, dass Krankheit ein kollektives Risiko darstellt und auch eine kollektive Verantwortung für deren Bekämpfung besteht. Vor allem weil sich erwies, dass die Epidemien weder geographische, noch gesellschaftliche Grenzen kannten und die Mittel des öffentlichen Armenwesens zur Versorgung der Erkrankten nicht ausreichten, wurde die Regierung zum Handeln gezwungen.

Am 6. Februar 1858 wurde eine aus Ärzten und Verwaltungsbeamten zusammengesetzte Expertengruppe zur Vorbereitung eines Gesundheitsgesetzes gegründet. Nach beinahe zweijähriger Arbeit unter dem Vorbild und Einfluss der britischen Gesetzgebung der jüngeren Vergangenheit<sup>98</sup> passierte der Gesetzesvorschlag das Storting und wurde am 16. Mai 1860 als Gesundheitsgesetz (*sunnhetsloven*)<sup>99</sup> erlassen.

In den Jahren zuvor waren vielfach sogenannte Gesundheitskommissionen gegründet worden. Diese kommunalen und regionalen Einrichtungen waren mit konkreten gesundheitspolitischen Aufgaben betraut worden. So hatten sie sich in einigen Gebieten beim Kampf gegen die Lepra bewährt.<sup>100</sup>

Kernstück des Gesundheitsgesetzes war der strukturierte Ausbau dieses Systems. Eine der wichtigsten Regelungen des Gesetzes war die Einrichtung von ständigen Gesundheitskommissionen<sup>101</sup> in allen Städten und Landgemeinden. Sie sollten

---

<sup>95</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 28.

<sup>96</sup> Dahl, Statsmakt og sosial kontroll, S. 284.

<sup>97</sup> Vgl. Dahl, Statsmakt og sosial kontroll, S. 277. Hingegen bestritt *Evang*, dass dies für Norwegen je zutraf, er schrieb: „Health and disease in Norway were therefore never regarded as a strictly personal affair.“ (vgl. S. 32).

<sup>98</sup> Man orientierte sich vor allem am Nuisances Removal Act (1845) und am Public Health Act (1848). Vgl. Storesund, S. 36.

<sup>99</sup> Lov af 16. Mai 1860 om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme.

<sup>100</sup> Storesund, S. 37. Schjønby, Tidsskrift Norske Lægeforening 2001; 121 ff.

<sup>101</sup> Nach dem Jahreswechsel 1907-1908 wurden die Gesundheitskommissionen nunmehr als Gesundheitsrat (Helseråd) bezeichnet.

zum einen bei auftretenden Epidemien alle Maßnahmen zu deren Bekämpfung koordinieren. War der Gesundheitszustand der Gemeindebevölkerung relativ gut, sollten sie ihr Augenmerk auf Prophylaxe und Aufklärung richten.<sup>102</sup> Unter Leitung des Amtsarztes oder Stadtphysikus' waren diesen Kommissionen weitreichende Kompetenzen für eine Vielzahl öffentlicher Gesundheitsbelange eingeräumt. Die Bandbreite reichte von den Anforderungen an die Beschaffenheit des Trinkwassers, über solche zur Beseitigung verdorbener Lebensmittel über die Sauberkeit öffentlicher Plätze und Gebäude bis zur Kontrolle kommunaler Begräbnisstätten.<sup>103</sup> Bei dem *sunnhetsloven* handelte es sich um ein Rahmengesetz, welches die Gesundheitskommissionen berechnigte, Vorschläge für allgemeine Gesundheitsvorschriften zu unterbreiten.<sup>104</sup> Diese wurden nach Anerkennung durch die Gemeinden zu bindendem Recht. Das Gesetz bestimmte die Zuständigkeit der Polizei für Aufsicht und Kontrolle der Weisungen der Gesundheitskommissionen<sup>105</sup> und regelte den Schutz privater Rechte vor dem öffentlichen Zugriff und die Beschwerdemöglichkeit gegenüber dem Ministerium.<sup>106</sup> Es statuierte eine Anzeigepflicht für ansteckende Krankheiten.<sup>107</sup> Ein ganzes Kapitel wurde von Vorschriften für den Fall des Auftretens einer Epidemie gefüllt. Die Kompetenz reichte von der Einrichtung von Notkrankenhäusern bis zur Sperrung und Schließung öffentlicher Einrichtungen. Die vielfältigen Aufgaben der Gesundheitskommissionen waren von den unterschiedlichen Bedürfnissen in den Städten bzw. auf dem Land geprägt. In den Landgemeinden war Schwerpunkt der Tätigkeit eine allgemeine hygienische und gesundheitliche Aufklärung, wogegen in den Städten die Risikofaktoren zu vermindern waren, welche durch den sprunghaften Anstieg der Einwohnerzahl entstanden waren.<sup>108</sup> Eine große Rolle spielten dort etwa bauliche Vorschriften, welche zum Beispiel zur Verbesserung der Abwasserentsorgung oder der Belüftung von Gebäuden dienten. Die Gesundheitskommissionen im ländlichen Raum erfreuten sich anfangs nur geringer Akzeptanz bei der Bevölkerung. Der erhoffte durchschlagende Erfolg

---

<sup>102</sup> Storesund, S. 37.

<sup>103</sup> Vgl. § 3 *sunnhetsloven*: „Die Kommission soll ihre Aufmerksamkeit auf die Gesundheitsverhältnisse des Ortes wenden und was darauf Einfluss haben kann, so etwa: Reinlichkeit, die Ableitung schädlicher stillstehenden Wassers, die Einrichtung und Reinhaltung von Waschhäusern, Toiletten und Dunggruben[...]Die Gesundheitskommission soll fernerhin darauf achten, dass in Räumlichkeiten gelüftet wird, wo sich große Zahlen [von] Menschen ansammeln, wie Kirchen, Schulen, Gerichtshäuser und Auktionslokale...“ Vgl. dazu auch Andenæs/Molven/ Rasmussen/Sandberg/Warberg-Warberg, S. 371.

<sup>104</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 93, Evang, S. 176, Kjønsstad, Helserett, S. 72.

<sup>105</sup> § 5 *sunnhetsloven*.

<sup>106</sup> §§ 6 und 7 *sunnhetsloven*.

<sup>107</sup> § 13 *sunnhetsloven*.

<sup>108</sup> Storesund, S. 38.

wurde ihrer Arbeit nicht sogleich zuteil. Neben der Bildung fehlten den Menschen einerseits die wirtschaftlichen Möglichkeiten für hygienische Maßnahmen. Zum anderen war ihr Denken von Fatalismus geprägt: In Krankheiten oder der Sterblichkeit von Neugeborenen verwirklichte sich unabwendbares Schicksal, wenn nicht gar Gottes Wille.<sup>109</sup> Obwohl sich die Gewohnheiten der Bevölkerung nur langsam ändern ließen, bedeutete das Sunnhetslov von 1860 dennoch einen großen Fortschritt, weil es erstmalig das Augenmerk von Bevölkerung und Obrigkeit auf das Gesundheitswesen und die Hygiene richtete. Durch die Neuentdeckungen auf dem Gebiete der Bakteriologie und die sich langsam verbessernden ökonomischen Rahmenbedingungen verbesserte sich der Gesundheitszustand der norwegischen Bevölkerung bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts erheblich.

### **c) Anfänge der Sozialversicherungsgesetzgebung**

Das Deutsche Reich schuf in den 1880er Jahren die Sozialversicherung mit ihren Zweigen Kranken-, Unfall-, Alters-, und Invalidenversicherung. Dieses Sozialversicherungsmodell fand auch in vielen anderen Staaten Nachahmung und weckte auch das Interesse der skandinavischen Politiker.<sup>110</sup>

Jedoch traf die Antwort des deutschen Gesetzgebers auf die soziale Frage nicht auf die unumschränkte Zustimmung der norwegischen Politik. Auf der einen Seite stand eine starke Gruppe Liberaler, nach deren Meinung der Staat so wenig wie möglich in den Alltag der Bürger eingreifen sollte. Die genaue Gegenposition dieser „laissez-faire-Doktrin“<sup>111</sup> vertraten die Arbeitervereinigungen und die spätere Arbeiterpartei. Nach ihrer Ansicht war das Eingreifen des Staates dringend notwendig, um die Wohlfahrt der Bevölkerung zu heben.

#### **aa) Vorschläge für eine soziale Sicherung der Arbeiterschaft**

In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurden die ersten Vorschläge für eine Sozialversicherung der norwegischen Arbeiter gemacht. Diese sollten eine Lösung für die zunehmende Pauperisierung der Arbeiter bieten. Reichten die geringen Löhne der Fabrikarbeiter in den Städten Norwegens gerade zum Lebensunterhalt, so war dieser dann nicht mehr zu bestreiten, wenn das Einkommen wegen Krankheit, Alters und Invalidität weggefallen war. Die Armengesetzgebung von 1840 (*fattigloven*) sorgte zwar durch Gewährung von Leistungen der sozialen Fürsorge für Milderung, half aber dem Grundproblem nicht ab.

---

<sup>109</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 94.

<sup>110</sup> Hatland-Folketrygdens framtid, S. 33.

<sup>111</sup> Seip, A.-L., 1994a, S. 89.

Daher wurde zunächst ein Vorschlag für ein Gesetz unterbreitet, nach welchem kommunale „Leibrentengesellschaften für Minderbemittelte“, mit anderen Worten schlecht bezahlte Arbeiter, geschaffen werden sollten. Diese „Minderbemittelten“ zwischen 18 und 55 Jahren, über deren Zugehörigkeit die Wohnsitzgemeinde bestimmen sollte, sollten eine Zwangsabgabe entrichten. Aus diesen Einnahmen sollten die Kosten der späteren Nichterwerbsphase gedeckt werden.

Als Vorteil wurde gewertet, dass ein Wechsel von der steuerfinanzierten Armenfürsorge hin zu einer Versicherungslösung zur Verminderung staatlicher Ausgaben beitragen und damit auch eine Entlastung des Steuerzahlers ermöglichen könne.

Dennoch konnte sich der Vorschlag nicht durchsetzen, da schnell klar wurde, dass es einer kollektiven Sicherung der Arbeiterschaft nur durch die Arbeiter allein an der notwendigen Finanzierungskraft ermangeln würde.<sup>112</sup>

Kurz darauf wurde von den Linken ein radikaler Vorschlag einer Versicherung der Arbeiter unterbreitet, bei dem ausschließlich die Arbeitgeber die Prämien zahlen sollten. Auch dieser Vorstoß fand keine Mehrheit im *Storting*. Gründe für die Ablehnung dessen waren neben dem unausgegorenen Finanzierungsmodus auch der zu erwartende Arbeitgeberwiderstand. Daneben bestand zudem die Grundhaltung, dass der Staat, welcher eine solche zwingende Altersvorsorge einführe, paternalistisch sei und so die Freiheit des selbständigen Menschen der aufgeklärten Zeit tilgte.<sup>113</sup> Im *Storting* entgegnete man dem zweiten Vorschlag weiterhin: „jedweder könne einsehen, dass es [...] ein bedeutender Einschnitt in das Bild der Selbständigkeit wäre [...] wenn Gebot und Zwang vonnöten wären, um einen Privatmann dazu zu bringen, eine der allerersten Pflichten gegen sich selbst zu erfüllen: sich Freiheit [...] für Krankheits- und Alterstage zu bereiten.“<sup>114</sup>

## **bb) Unfallversicherungsgesetz (1894)**

Im Jahre 1885 wurde auf Grund einer Initiative von König Oscar II die erste parlamentarische Arbeiterkommission (*parlamentariske arbejderkommission*) einberufen. Hier wurden zahlreiche Vorschläge diskutiert, deren Bandbreite von einem Festhalten an der bisherigen Armenfürsorge bis hin zu Versicherungslösungen sowie Mischformen beider Ansätze reichte. Die Hauptaufgabe der Kommission lag darin, drei große Problemfelder zu bearbeiten,

---

<sup>112</sup> Seip, A.-L., 1994a, S. 258.

<sup>113</sup> St. Forh. 1851 (8), Innst.O., S. 305.

<sup>114</sup> St. Forh. 1851 (8), Innst.O., S. 306.

nämlich die Sicherung der Arbeiter gegen Arbeitsunfälle, gegen Alter und gegen Krankheit.

Auf Initiative der *Venstre*-Fraktion<sup>115</sup> wurde im Jahre 1894 das „Gesetz über die Unfallversicherung für Arbeiter in Fabriken“<sup>116</sup> vom *Storting* verabschiedet. Es ging auf die Vorarbeiten der Arbeiterkommission zurück.<sup>117</sup> Der Gedanke der Wiedergutmachung wurde in das Unfallversicherungsgesetz aufgenommen.<sup>118</sup> Vorbild war die Gesetzgebung im Deutschen Reich, wo sich die gesetzliche Unfallversicherung in den 10 Jahren seit ihrer Einführung bewährt hatte. Manches davon wurde übernommen,<sup>119</sup> jedoch wurde das Bismarck'sche Modell in einem wesentlichen Punkt modifiziert: Während im Deutschen Reich die Berufsgenossenschaften als Träger fungierten,<sup>120</sup> stand hier ein reichseinheitlicher Träger, die Reichsversicherungsanstalt (*Rigsforsikringsanstalten* - *RFA*) in administrativer Verantwortung,

Die Einführung der Unfallversicherung brachte den Fabrikarbeitern einen Zugewinn an Sicherheit und den Unternehmern ein vermindertes Haftungs- und damit betriebswirtschaftliches Risiko. Die Unternehmen profitierten ihrerseits durch die nunmehr erfolgte Freistellung von privatrechtlichen Haftungsansprüchen in schwer kalkulierbarer Höhe gegenüber den verletzten Arbeitnehmern.<sup>121</sup> Ab den 1870er Jahren war die norwegische Rechtsprechung nämlich dazu übergegangen, die Unternehmer für die Unfallschäden unabhängig vom Verschulden einstehen zu lassen, weil sie mit dem Betrieb einer Fabrik Unfallrisiken geschaffen hatten.<sup>122</sup> Mit dem Unfallversicherungsgesetz trat an die Stelle der individuellen Haftung eines Unternehmers eine kollektive Verantwortung. Die Unternehmer schuldeten die nach Gefahrenklassen gestaffelte Prämie für die eingeführte Pflichtversicherung. Deren Höhe bemaß sich nach der Gefährlichkeitsklasse, in die das jeweilige Unternehmen eingeteilt war.<sup>123</sup> Da Seefahrt und Fischfang eine erhebliche Rolle im Wirtschaftsleben zukam, wurden

---

<sup>115</sup> Die *Venstre* (dt.:Linke) mußte zufolge einer Schwächung durch Spaltung in einen gemäßigten und einen radikalreformerischen Flügel bei den Parlamentswahlen von 1888 die Regierungsverantwortung an die *Høyre* (dt.:Rechte) abgeben.

<sup>116</sup> Lov af 23de juli 1894 nr. 6 om ulykkesforsikring for Arbejdere i Fabrikker.

<sup>117</sup> Die Kommission hatte zeitgleich ein weiteres Gesetzeswerk vorbereitet, bei welchem Arbeitsschutz und Präventionsgedanke im Vordergrund standen: Als Aufsichtsgesetz (Lov af 27. juni 1892 Nr. 1 om Tilsyn med Arbeide i Fabriker) wurde es 1892 erlassen.

<sup>118</sup> Eine solche Gefährdungshaftung sahen zuvor nur spezielle Vorschriften im Bergbau und in der Seefahrt vor, vgl. St. prp. nr. 82, 1885, S. 11 ff.

<sup>119</sup> Hatland-Folketrygdens framtid, S. 33; Petrick, S. 162.

<sup>120</sup> Auch der erste Entwurf zum deutschen Unfallversicherungsgesetz sah nach den Vorstellungen Bismarcks eine einheitliche Reichsversicherungsanstalt vor, der jedoch nicht Gesetz wurde. Vgl. dazu HdbSozVersR-UV, § 1 Rn. 59; Wickenhagen, S. 31ff.

<sup>121</sup> Kjønstad/Hatland/Halvorsen-Sollberg, S.20.

<sup>122</sup> Hatland, Folketrygdens framtid, S. 34.

<sup>123</sup> NOU 2004:3, S. 50.



zu Beginn des 20. Jahrhunderts weitere Unfallversicherungsordnungen für Fischer<sup>124</sup> und Seeleute<sup>125</sup> geschaffen, die ähnliche Leistungen wie die Arbeiterunfallversicherung vorsahen, deren Finanzierung nicht durch die Arbeitgeber, sondern durch die Fischer selbst sowie vermittels eines staatlichen Zuschusses sichergestellt wurde.

#### **d) Entwicklung des Krankenversicherungsrechts**

##### **aa) Private Krankenversicherungen**

Ab der Mitte des 19. Jahrhunderts bis hin zum Jahre 1911 waren zahlreiche private Krankenversicherungen entstanden. Man schätzt die Zahl der Versicherten auf maximal 60.000 Personen, die zum größten Teil in Fabriken und Betrieben beschäftigt waren.<sup>126</sup>

Diese privaten Kassen leisteten ihren Mitgliedern gegen Zahlung einer Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles Krankenbehandlung und ein – zumeist niedriges – Krankengeld. Bei den etwa 200 Kassen<sup>127</sup> handelte es sich zum Teil um freie, von den Arbeitern selbst gegründete Kassen, welche häufig aus den Zünften und Gesellenvereinigungen der einzelnen Berufe<sup>128</sup> oder aus den Arbeitnehmervereinigungen des 19. Jahrhunderts<sup>129</sup> hervorgegangen waren. Daneben existierten Betriebskrankenkassen, welche von den Arbeitern ab Anstellung eine Pflichtmitgliedschaft verlangten.<sup>130</sup> Die privaten Kassen finanzierten sich aus regelmäßigen Beiträgen ihrer Mitglieder, sowie Spenden und Zuschüssen der Arbeitgeber.

Zur Leistungserbringung waren zwei Modelle verbreitet. Einerseits stellten die Versicherungsunternehmen Ärzte fest an, boten somit Versicherung und Leistung aus einer Hand. Zum anderen schlossen sie mit niedergelassenen Ärzten Verträge. Diese verpflichteten sich gegenüber den Kassen zur Behandlung der versicherten gegen einen festen, jährlich zu zahlenden Pauschalbetrag. Die Bezahlung entsprechend der tatsächlich erbrachten Leistungen war hingegen ein

---

<sup>124</sup> Lov av 08. august 1908 nr. 7 om ulykkesforsikring for fiskere (neu verkündet als Lov av 10. desember 1920 nr. 1 om ulykkestygnd for fiskarar).

<sup>125</sup> Lov av 18. august 1911 nr. 5 om ulykkesforsikring for sjømænd (neu verkündet als Lov av 24. juni 1931 nr. 11 om ulykkestygnd for sjømenn).

<sup>126</sup> Bjørnson/Haavet, S. 56.

<sup>127</sup> Nach Evang, S.36 war die Zahl der privaten Krankenversicherungsunternehmen höher als 300. Hermansen spricht von 204 Kassen und von über 400 zum Ende der 1890er Jahre. (Indst. O. XI 1909 Ot.prop. nr.19. ).

<sup>128</sup> Die älteste bekannte Kasse ist eine 1680 in Bergen gegründete Sterbekasse der Schuhmacher, die sog. „Skomagerlaugets Dødelade“.

<sup>129</sup> Hansen, S. 13.

<sup>130</sup> Stokke, S. 29.

Sonderfall.<sup>131</sup> Die 1886 begründete norwegische Ärztevereinigung (*Den Norske Lægeforening* – *DNLF*) favorisierte hingegen genau dieses Abrechnungsmodell. Mit den daneben geforderten Erhöhungen der Lohn- und Behandlungspauschalen zog sich die Ärzteschaft die Kritik der Kassen und der Politik zu: Solch erhöhte Sätze müssten unweigerlich zum Ruin der Krankenkassen führen, wie der *Stortings*-Abgeordnete *Gunnar Knudsen* befürchtete.<sup>132</sup> In der Folge konnte die *DNLF* beide Forderungen nicht durchsetzen.

## **bb) Krankenversicherungsgesetz - Lov om sygeforsikring (1909)**

### **(1) Gesetzgebungsverfahren**

Als wichtiger Schritt in der Entwicklung des Gesundheitswesens muss das Krankenversicherungsgesetz von 1909 erachtet werden.<sup>133</sup> Seinem Inkrafttreten gingen Vorarbeiten von über 24 Jahren voraus, welche wichtige Anstöße durch die bereits erwähnte Arbeiterkommission erhielten. Das Allermeiste war umstritten, zudem brachte jeder der zahlreichen Regierungswechsel auch neue Wahlkampfversprechen und Gesetzesvorschläge mit sich. Zusätzlich erschwert wurde der Prozeß durch die wirtschaftlich schwierigen Rahmenbedingungen und die hohe Arbeitslosigkeit um die Jahrhundertwende. Das eigentliche Gesetzgebungsverfahren begann kurz nach Auflösung der Union mit Schweden im Jahr 1906.<sup>134</sup> Zuvor waren die politischen und gesellschaftlichen Kräfte im Unabhängigkeitskampf und in der Schaffung des neuen Staates stark gebunden.<sup>135</sup> Diese Aufgaben bremsten den Entstehungsprozeß der Krankenversicherung, erzwangen Pausen und warfen ihn vielfach zurück.

Die erste *arbejderkommission* und die ihr nachfolgenden Kommissionen sahen die gesetzliche Krankenversicherung als Rückgrat eines geschlossenen Systems verschiedener Sozialversicherungszweige. Sie sollte in erster Linie das Risiko des kurzfristigen Einkommensausfalles absichern. Einigkeit bestand einzig darüber, dass hierzu ein Sicherungsinstrument notwendig zu schaffen war. Doch waren neben der Frage, welche Bevölkerungsgruppen das Versorgungssystem umfassen sollte, auch Leistungsumfang und Finanzierungsmodus kontrovers.

Die bürgerlichen Parteien setzten sich für die Schaffung einer Krankenversicherung nach dem Versicherungsprinzip ein.<sup>136</sup>

---

<sup>131</sup> Strand/Gedde-Dahl, S.1231

<sup>132</sup> Zit. nach Strand/Gedde-Dahl, S. 1233.

<sup>133</sup> Lov av 18.september 1909 om sykeforsikring. In Kraft getreten 1911.

<sup>134</sup> Bjørnson/Haavet, S. 63.

<sup>135</sup> Kjønstad, Innføring, S. 19, Bjørnson/Haavet, S. 63.

<sup>136</sup> Seip, A.-L., Historisk Tidsskrift 1979, S. 48.

Innerhalb des bürgerlichen Lagers war aber umstritten, ob die Versicherung auf freiwilliger oder Zwangsmitgliedschaft beruhen sollte. Für eine Zwangsversicherung wurde geltend gemacht, sie könne das Risiko der Krankheit auf einen möglichst großen Teil der Bevölkerung verteilen. Dagegen sprachen sich deren Gegner für die Beibehaltung der bestehenden privatwirtschaftlichen Versicherungen aus. Sie konnten mit den bislang gewonnenen Erfahrungen des bestehenden privaten Krankenversicherungswesens argumentieren und fanden Rückendeckung durch die in Dänemark gesammelten Erkenntnisse. Dort existierte bereits um die Wende zum 20. Jahrhundert ein System privater Krankenversicherungen mit freiwilliger Mitgliedschaft, welches bis in die 1930er Jahre hinein als Vorbild betrachtet wurde.<sup>137</sup> Das dänische Krankenversicherungssystem galt als erfolgreich, weil um das Jahr 1909 mehr als mit 600.000 Personen ein großer Teil der Arbeitnehmerschaft bei den 1.300 Kassen versichert war.<sup>138</sup>

Die Befürworter einer Zwangsversicherung waren skeptisch, ob die Umsetzung des dänischen Modells im eigenen Land gelingen könne. Zum einen sei Dänemark kleiner und weit dichter bevölkert als Norwegen. Zum anderen wurde behauptet, zum norwegischen Hang zum Individualismus passten solche kollektive Sicherungsformen generell nicht. Der Durchschnittsarbeiter schien nach Ansicht des Politikers *Gunnar Knudsen* gar nicht in der Lage, die Notwendigkeit der Versicherung zu erkennen. Er stellte fest: „Die Menschen denken nicht – jedenfalls nicht alle – an den morgigen Tag“. <sup>139</sup> In der Tat schien also die geringe Zahl bislang freiwillig Versicherter den Zweiflern Recht zu geben.

Als Alternative zur Versicherungslösung wurde von den Sozialdemokraten ein öffentliches Gesundheitswesen propagiert. Bereits im Jahre 1883 hatte die Norwegische Arbeiterpartei (*Det Norske Arbeiderparti – DNA*) verlangt, dass für die Krankenpflege eine öffentliche, kommunale Verantwortung bestehen solle und deren Kosten durch Steuern finanziert werden müssten.<sup>140</sup> Dabei verstanden die Vertreter dieser Ansicht den Begriff der Krankenpflege sehr weit. Er sollte neben der Behandlungspflege auch das Hebammenwesen, die Arzneimittelversorgung, den Krankenhausaufenthalt und das Krankengeld umfassen.<sup>141</sup> All diese Leistungen sollten nach der Vorstellung des damaligen *DNA*-Vorsitzenden *Oscar*

---

<sup>137</sup> Das dänische Krankenversicherungsgesetz datiert aus dem Jahre 1892.

<sup>138</sup> Bjørnson/Haavet, S. 58.

<sup>139</sup> Stortingstidende, Bd. 7b (1906-1907), S. 2982.

<sup>140</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 183.

<sup>141</sup> Love med forarbeider 1909, Bind I b, Nr. 29, Bilag 1 til Indstilling fra Den departementale sykeforsikringskomite av 1907, S. 83.

Nissen durch Steuern finanziert werden, ohne dass dem Kranken eine eigene Beitrags- oder gar Zahlungspflicht gegenüber dem Arzt obläge. Vom alternativ vertretenen Modell eines Krankenversicherungssystems wäre zu befürchten, dass Versicherungen nicht genügend Versicherte umfassten und so nicht kostendeckend arbeiten könnten. Vor allem aber böten Versicherungen gerade jenen keinen Zugang, die ihn am nötigsten brauchten.<sup>142</sup> Insbesondere für die schlecht bezahlten Arbeiter sei eine Versicherungslösung von Nachteil. Als „Klassenversicherung“<sup>143</sup> hätte sie mehr den Charakter einer Sondersteuer für Arbeiter, da das Versichertenkollektiv ausschließlich Arbeiter als Mitglieder aufnahm, welche dem Risiko der Krankheit gleich schlecht gerüstet gegenüber stünden. Gar wurde in einem Krankenversicherungssystem eine „neue Ungerechtigkeit“ erblickt, welche die machthabende Klasse zum Schutz vor den ärmsten Klassen benutzen wolle.<sup>144</sup> Nur mit einem steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitswesen nach universalistischem Prinzip<sup>145</sup> ließe sich die Gleichbehandlung eines jeden Einwohners sicherstellen. Die Einwände der Arbeiterpartei konnten jedoch die Mehrheit des Stortings nicht überzeugen.

Der Weg bis zur endgültigen Abstimmung schien weit und wurde zur Zerreißprobe für die Parteien. Nicht selten hatten die stärksten Befürworter wie die schärfsten Gegner des Gesetzesvorschlages das gleiche Parteibuch.

Der deutschen Arbeiter-Krankenversicherung begegnete man mit Anerkennung, da die Versicherungspflicht den reichsweiten Erfolg erzwang: Alle Arbeiter des Deutschen Reiches waren nunmehr versichert, ohne daß es darauf ankommen musste, die Bevölkerung vom Vorteil und vom Nutzen der Versicherung zu überzeugen. Zweifel blieben dennoch: War das deutsche System auf Norwegen übertragbar? Hier gab es ungleich weniger Fabriken als im Deutschen Reich und mithin weniger versicherte Arbeiter. Hinzu kam die große Zahl der selbständig Erwerbstätigen, der Fischer und Kleinbauern, deren Einkünfte ähnlich niedrig wie die der Fabrikarbeiter waren, aber nach dem Gesetzentwurf nicht Mitglied der Kassen werden konnten. Der Gesetzgebungsvorschlag musste sich den Vorwurf gefallen lassen, eine reine Klassenversicherung zu schaffen. Zudem war die zu versichernde Klasse, d. h. die Arbeiter mit niedrigem Einkommen, in Norwegen recht klein. Die Verhältnisse waren also in keiner Weise mit dem Deutschen Reich vergleichbar, was Kritik am Gesetzesvorschlag mit sich brachte.

---

<sup>142</sup> Urdal; S. 57.

<sup>143</sup> a.a.O.

<sup>144</sup> So etwa die Sozialistenführer und Mitglieder der „Arbeiderkommissjonen“ Kjelsen und Johansen. Zit. nach St. forh. 1909, Nr. 19, S. 7.

<sup>145</sup> Seip, A.-L. (1994a), S. 99.

Der langwierige Gesetzgebungsprozeß fand seinen Abschluß im September 1909 mit der Abstimmung im Storting, in welcher mit 67 gegen 24 Stimmen das neue Gesetz beschlossen wurde.<sup>146</sup> Mit der Pflichtversicherung wurde eines der wesentlichen Merkmale verwirklicht, die auch die deutsche Krankenversicherung kennzeichneten. Dennoch handelte es sich bei dem norwegischen Gesetz nicht um eine bloße Kopie des deutschen Rechts.<sup>147</sup>

## **(2) Materielle Regelungen**

Ab 1911 wurde für Lohnarbeiter, Angestellte und Lehrlinge mit einem Jahresgehalt unter 1.200 Norwegischen Kronen (*NOK*) eine Pflichtversicherung begründet. Die Einbeziehung der Angestellten stellte für die Errichtung der Krankenkassen eine Notwendigkeit dar, diese bildeten eine zweifach bedeutsame Versichertengruppe. Zum einen umfasste sie etwa 130.000 Personen, zum anderen wies sie eine günstige Risikostruktur auf; die Angestellten hatten vergleichsweise hohe Einkommen und waren dennoch weniger krank. Beide Merkmale ermöglichten die Einrichtung und Funktion der Krankenkassen erst.<sup>148</sup>

Das Gesetz sah zudem vor, die Mitglieder in Risikoklassen einzuteilen.<sup>149</sup> Dahinter stand der Gedanke, daß etwa die Angestellten oder aber die Landbevölkerung ein deutlich niedrigeres Krankheitsrisiko hatten als Fabrikarbeiter und Stadtbewohner. Sie sollten darum nicht die fremden Risiken durch Zahlung höherer Prämien tragen. Die Risikoklassen waren eine Anleihe aus dem Unfallversicherungsrecht. Wie etwa in der deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung bis zum heutigen Tage wurde das Risiko der Versicherten durch Gruppenzuordnung typisiert und die Beiträge entsprechend berechnet. Daran zeigte sich aber auch, dass die Umverteilungswirkung des Krankenversicherungsgesetzes noch gering war und man ein einheitliches, möglichst großes Versichertenkollektiv noch nicht als notwendig ansah.

Das Krankenversicherungsgesetz gestattete auch die freiwillige Versicherung für nicht Pflichtversicherte. Sie war an zusätzliche Bedingungen geknüpft. So durfte das Jahreseinkommen an der Mitgliedschaft Interessierter 800 NOK sowie ihr Vermögen 7000 NOK nicht überschreiten. Sie durften ferner das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und nicht an einer chronischen oder unheilbaren Krankheit leiden.

---

<sup>146</sup> Hansen, S. 45.

<sup>147</sup> Bjørnson/Haavet, S. 60.

<sup>148</sup> Bjørnson/Haavet, S. 66 und 68.

<sup>149</sup> § 31 Nr. 2 sykeforsikringsloven.

Auch der Ehepartner und die Kinder des Versicherten (*bipersoner*), hatten einen abgeleiteten Anspruch auf kostenfreie medizinische Versorgung mit ärztlicher Behandlung sowie Heil- und Hilfsmitteln und einer eingeschränkten zahnmedizinischen Behandlung.<sup>150</sup>

Den Versicherten standen im Falle der Krankheit ärztliche und eingeschränkt auch zahnärztliche Behandlung als Sachleistung zu. Zudem erwarben sie für den Fall der Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld, dessen Höhe sich nach den entrichteten Beiträgen bemaß. Das Gesetz ermächtigte die Kassen zur Einteilung der Versicherten in Gehaltsgruppen, denen leistungsadäquat eine Geldsumme entsprach, welche für jeden Krankheitstag an den Arbeitsunfähigen zu zahlen war (§ 15).

Die Organisation des ersten Krankenkassenwesens war zweistufig. Auf kommunaler Ebene wurden öffentliche Kreiskrankenkassen (*kredssykekasser*) als eigenständige und eigenverantwortliche Rechtssubjekte geschaffen.<sup>151</sup> Aufsichtsbehörde für alle Kassen war die – auch für die Unfallversicherung zuständige – Reichsversicherungsanstalt (*Rigsforsikringsanstalten* – *RFA*).<sup>152</sup>

Die öffentlichen Kassen stellten die Gesundheitsversorgung durch Vertragsabschlüsse mit den Ärzten und Einziehung sicher und erhoben die Versicherungsbeiträge.<sup>153</sup> Anstelle der öffentlichen Kreiskrankenkassen konnten auch von der Reichsversicherungsanstalt anerkannte private Krankenkassen tätig werden.<sup>154</sup> Indes war deren Bedeutung rückläufig. Von 1885 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes war die Zahl der registrierten Privatkassen von 230 auf 71 zurückgegangen. Die größte Anzahl der Kassen musste ihre Tätigkeit einstellen, weil sie die von der *RFA* aufgestellten Anforderungen im Hinblick auf Struktur und Organisation nicht erfüllen konnten.<sup>155</sup> In den kommenden Jahren sollte sich die Anzahl der Kassen und ihrer Mitglieder noch weiter verringern. Im

---

<sup>150</sup> § 16 B sykeforsikringsloven.

<sup>151</sup> Bilag til Ot. Prp. nr. 19 (1909), S. 3.

<sup>152</sup> Auf lokaler Ebene war die RFA durch den sog. *tilsynsmann* (dt. etwa: Aufsichtsperson) vertreten. Das Maß der Einflussnahme seitens der Zentrale in Kristiania muß jedoch ein vergleichsweise geringes gewesen sein, denn die Kommunen wählten den *tilsynsmann* aus, stellten ihn selbst ein und zahlten sein regelmäßig spärliches Gehalt. Die schlechte Bezahlung verminderte die Attraktivität dieses Postens und trug ebenso wenig dazu bei, die Professionalität des Versicherungswesens vor Ort zu erhöhen. Vielfach wurde das Amt von wenig qualifizierten Personen ausgeübt, die ihr Haupteinkommen aus anderweitiger Beschäftigung bezogen. Das Amt erwies sich von Beginn an als Misserfolg und wurde endgültig in den 1950er Jahren abgeschafft.

<sup>153</sup> § 40 sykeforsikringsloven.

<sup>154</sup> § 54 sykeforsikringsloven.

<sup>155</sup> Hansen, S. 46.

Jahre 1920 gab es 720 Kreiskrankenkassen mit insgesamt 561.755 Versicherten<sup>156</sup> und dagegen nur noch 54 Privatkassen mit insgesamt 25.371 Mitgliedern.<sup>157</sup>

Der Vorschlag einer einzigen Landeskasse war bereits zu Beginn des Gesetzgebungsverfahrens verworfen worden. Stattdessen beschloss man die Errichtung von eigenständigen Kassen in jeder Gemeinde: die „lokalen Verhältnisse unseres weitgestreckten Landes mach[t]en dies unumgänglich“<sup>158</sup>. Dies führte zwangsläufig zu einer hohen Anzahl Kassen mit geringen Mitgliederzahlen, welche trotz der Verpflichtung zur Vorhaltung einer Zahlungsreserve leichter in ökonomische Schwierigkeiten geraten konnten, als Kassen mit einem größeren Mitgliederstamm. Aufgrund der geographischen Gegebenheiten sah sich der Gesetzgeber auch außerstande, eine Mindestzahl für Kassenmitglieder vorzuschreiben.<sup>159</sup> Darum bedurfte es eines zusätzlichen Mechanismus zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostruktur, um die Kassen vor „zufälligen Verlusten“<sup>160</sup> zu schützen. Man richtete darum bei der *RFA* einen Regulierungsfonds ein, um mittels zinslosen Darlehen die Zahlungsunfähigkeit von in Not geratenen Kassen abwenden zu können.

Die Versicherungsbeiträge waren von den Versicherten selbst zu 60%, den Arbeitgebern zu 10%, den Kommunen zu 10% und schließlich dem Staat zu 20% zu tragen.<sup>161</sup> Die Arbeitgeber behielten den Arbeitnehmeranteil des Beitrages vom Arbeitslohn ein und entrichteten sie zusammen mit den von ihnen selbst geschuldeten Anteilen monatlich an die Krankenkassen.<sup>162</sup> Diese sollten halbjährlich den staatlichen Beitragsanteil entsprechend ihrer Mitgliederzahl errechnen und der Reichsversicherungsanstalt die Gesamtsumme mitteilen, welche diese sodann aus staatlichen Haushaltsmitteln an die Kassen zahlen musste. Ein Teil des staatlichen Zuschusses wurde nicht direkt an die Kassen ausgekehrt, sondern dem Regulierungsfonds zugeführt.

Staat und Kommunen spürten rasch, welche Nachteile das neu geschaffene Leistungsrecht hatte, da sich die Kontrolle über die Kosten des Leistungskataloges als schwierig erwies. Die vorgeblich Schuldigen für die hohen Ausgaben waren schnell ausgemacht. Es waren zunächst die Patienten: Ihnen wurde unterstellt, sich den Arzt auszusuchen, von dem am leichtesten eine Arbeitsunfähigkeitsattest

---

<sup>156</sup> Die Mitgliederzahlen beziehen die mitversicherten Familienmitglieder nicht mit ein.

<sup>157</sup> Vgl. Wiesner, S. 33.

<sup>158</sup> Ot.prp. 19 (1909), Sykeforsikringskomiteens forslag, S. 4.

<sup>159</sup> Ot.prp. 19 (1909), Sykeforsikringskomiteens forslag, S. 70.

<sup>160</sup> Ot.prp. 19 (1909), Sykeforsikringskomiteens forslag, S. 4.

<sup>161</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 198.

<sup>162</sup> § 32 sykeforsikringsloven.

zu erhalten wäre.<sup>163</sup> Als „Plünderer“<sup>164</sup> und „Vampire der Kassen“ wurden die Ärzte bezeichnet, denen das Abrechnungssystem die Möglichkeit eröffnete, die eigenwirtschaftliche Tätigkeit der Gemeinwohlverpflichtung überzuordnen. Die Kritik an der übermächtigen Stellung der Ärzte kam von den Krankenkassen, den politischen Vertretern der linken Parteien und der Presse.<sup>165</sup> Es wurden daher Forderungen nach einer Änderung des Krankenversicherungsgesetzes laut, vor allem nach einer geänderten Regelung der ärztlichen Vergütung.<sup>166</sup>

Ähnlich wie im Deutschen Reich waren auch in Norwegen zunächst Einzelverträge zwischen Kassen und Ärzten geschlossen worden. Jedoch hatten sich die Kassen im Deutschen Reich zeitgleich oder gar vor den Ärzten auf überregionaler Ebene in Interessenverbänden organisiert. In Norwegen fehlte am Anfang des 20. Jahrhunderts eine starke Gegenposition zu der bereits etablierten Ärztevereinigung (*DNLF*); erst im Jahre 1912 wurde der Landesverband der Kreiskrankenkassen (*Kredssykekassernes Landsforening*) gegründet. Mithin befanden sich die kleinen Kassen in einer schlechten Verhandlungsposition gegenüber der ärztlichen Macht. Vielfach blieb ihnen wenig anderes übrig, als die von der *DNLF* festgelegten Tarife für ärztliche Dienstleistungen anzuerkennen.<sup>167</sup> Verbesserung brachten die nach und nach entstehenden Verträge auf *fylkes*-Ebene, da sich regional eine gemeinsame Verhandlungsführung leichter bewerkstelligen ließ. Dennoch sollte es bis in den September 1922 dauern, bis – unter der Vermittlung des Sozialministeriums – ein landesweites Vertragsmuster ausgehandelt werden konnte. Doch scheiterten die Verhandlungen, da die Ärzte die Bedingungen des Vorschlages nicht anerkennen wollten.

## **cc) Änderungsgesetz 1915**

Zeitgleich mit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahre 1911 begannen Reformarbeiten daran, um Fehlentwicklungen zu korrigieren.<sup>168</sup> Daher verwundert es kaum, dass Änderungen vor allem von jenen eingefordert wurden, welche die Gesetze in der

---

<sup>163</sup> Stokke, S. 58.

<sup>164</sup> Knudsen, *Tidskrift NLF* 1912, S. 580ff und S. 778.

<sup>165</sup> Strand/Gedde-Dahl, S.1231.

<sup>166</sup> Der Streit zwischen den Kassen und den Interessenverbänden der Ärzte verlief nahezu zeitgleich und auch inhaltlich in ähnlichen Bahnen wie im Deutschen Reich. Dort war im Jahr 1900 der "Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen", der spätere Hartmann-Bund, gegründet worden. Die gegenläufigen Vorstellungen der deutschen Krankenkassen und der Ärzte über Honorare, Vertrags- und Abrechnungsmodalitäten führten zu den Ärztestreiks von 1912 und schließlich zum Berliner Abkommen vom 23.12.1913. Nach dem Auslaufen des Abkommens im Jahre 1923 kam es abermals zu Streiks, die schließlich in der Begründung des Kollektivvertragssystems mündeten. Ausführlich dazu: Schulin-Schlenker, § 1 Rnrm. 54 - 56.

<sup>167</sup> Bjørnson/Haavet, S. 188.

<sup>168</sup> Vgl. nur die Gesetzesänderungen vom 15.06.1917, 23.07.1918, 10.12.1920 und 16.02.1923.



Praxis umsetzen mussten: die *RFA* und der Landesverband der Kreiskrankenkassen (*Kredssykekassernes Landsforening*).<sup>169</sup> Im Jahre 1915 kam es zu einer größeren Gesetzesrevision.<sup>170</sup> Während das Sachleistungsprinzip das Gesetz von 1909 beherrschte, erlaubte das Reformgesetz von 1915 stattdessen, die Kostenerstattung für ärztliche Behandlungen.<sup>171</sup> Dies war als Ausnahme von der Regel gedacht und es bedurfte nach einer Initiative der Krankenkassen des Einvernehmens mit dem Sozialministerium.<sup>172</sup> Von dieser Ermächtigung wurde entsprechend erst spät – erstmals 1922 – Gebrauch gemacht.

Die ursprünglich 5 Risikoklassen wurden auf zwei reduziert. Die Zuordnung der verschiedenen Berufsgruppen sah nunmehr vor, dass etwa Landarbeiter, Büroangestellte und Dienstpersonal<sup>173</sup> dem Normaltarif unterfallen sollten, während die zweite Risikogruppe den Berufen mit hohen Gesundheitsrisiken vorbehalten bleiben sollte.<sup>174</sup> Die Ausarbeitung eines Berufsgruppenkataloges zur Zuordnung oblag der *RFA*, wogegen die individuelle Eingruppierung eines Versicherten Sache seiner Krankenkasse war. Sowohl *RFA* als auch die Kassen fanden auch das neue Risikogruppenmodell praktisch kaum handhabbar<sup>175</sup>. Sie wandten die Risikogruppeneinteilung immer weniger und schließlich gar nicht mehr an, was später zu ihrer vollständigen Abschaffung führte.<sup>176</sup>

Durch die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze wurde die Anzahl der Versicherten erheblich erhöht. Der Regierungsentwurf nannte hierfür vor allem als Grund, dass die Versicherungspflichtgrenze an das Durchschnittseinkommen der Arbeiter angepasst werden müsse. Diese seien gerade aufgrund ihrer niedrigen Löhne und des Kinderreichtums ihrer mitversicherten Familien an einer „billigen Krankenversicherung“ interessiert. Folglich müsse ihnen durch die Erhöhung der Grenze zur Mitgliedschaft verholfen werden.<sup>177</sup> Auch wenn sich der vorgeschlagene Grenzbetrag von 2000 NOK/Jahr im Gesetzgebungsverfahren nicht durchsetzen lassen sollte, brachte die Erhöhung ein Ansteigen der Mitgliederzahl um rund 80.000 Personen, d.h. um ca. 3,5 % der damaligen Gesamtbevölkerung von etwa 2,2 Millionen mit sich. Die

---

<sup>169</sup> So nahmen Riksforsikringsanstalten und Kredssykekassernes Landsforening die Arbeit an dem Gesetzesvorschlag wieder auf, nachdem zuvor, am 18.08.1914 das Parlament den ursprünglichen Regierungsentwurf von 1913 abgewiesen hatte.

<sup>170</sup> Lov av 6. august 1915 nr. 5 om sykeforsikring.

<sup>171</sup> § 17 Nr. 5) sykeforsikringsloven.

<sup>172</sup> Die *RFA* konnte mit Zustimmung des Ministeriums für die Kassen verbindlich Tarife festsetzen. Der Beschluss entfaltete sofortige Wirkung.

<sup>173</sup> Eine von der *RFA* ausgearbeitete Liste von Berufen findet sich in Ot.prp.nr. 35, S. 39.

<sup>174</sup> In Ermangelung einer eigenen Krankenstatistik bediente man sich wohl auch des statistischen Materials aus dem Deutschen Reich.

<sup>175</sup> Ot. prp. nr. 35 (1913), S. 37.

<sup>176</sup> Urdal, S. 143.

<sup>177</sup> Ot. prp. nr. 35 (1913).

Versicherungspflichtgrenze war nach dem Wohnort des Versicherten gestaffelt.<sup>178</sup> Die Einkommensgrenze wurde erhöht auf jährlich 1600 NOK für die Bewohner der Landgemeinden und auf 1800 NOK in den Städten.

Der seit 1911 schwelende Streit um die vorgeschlagene Änderung des Vergütungssystems für ärztliche Leistungen wurde durch die Gesetzesänderung jedoch nicht entschärft.

Von einer Reihe von Kreiskrankenkassen war ein Vorschlag unterbreitet worden, der die Anstellung der Ärzte durch die Kommunen zu einem Festgehalt vorsah.<sup>179</sup> Damit sollte auch den Ärmsten Einwohnern der Gemeinden der Zugang zu ärztlicher Versorgung eröffnet werden. Zudem sollte eine bessere Kontrolle der Finanzlage bei den Krankenkassen möglich werden. Die *DNLf* wehrte sich dagegen und untersagte ihren Mitgliedern die Annahme einer solchen Festanstellung. Von ihrer Seite wurde argumentiert, eine kostenlose ärztliche Betreuung würde zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen führen. Zudem nähme die ärztliche Tätigkeit zunehmend den Charakter einer Fließbandarbeit an, was nicht ohne Einfluss auf die Qualität der Behandlung bliebe.<sup>180</sup>

Wegen ihres Widerstandes sahen sich die Ärzte stärkster Kritik ausgesetzt: Es könne nicht angehen, dass ein einzelner Berufsstand in einer solchen – „brutalen“ – Art und Weise auftrete.<sup>181</sup> Der Machtkampf fand sein vorläufiges Ende, nachdem man sich probenhalber auf eine kommunale Anstellung der Ärzte bei Zahlung eines Festgehalts in der Gemeinde *Nedre Eiker* einigte. Diese Lösung erwies sich indes nicht als tragfähig: Die Gemeinde nahm bald neue Verhandlungen mit den örtlich ansässigen Ärzten auf, sodass deren Lohn nunmehr wieder von der Anzahl der durchgeführten Behandlungen abhing. Die wenigen anderen Kommunen, die *Nedre Eiker* folgten und Ärzte anstellten, wandten sich kurz darauf wieder von diesem Modell ab, weil ihm kein Erfolg beschieden war. Im nordnorwegischen *Hammerfest* meldete sich auf eine Stellenausschreibung kein einziger Arzt, sodass eine Anstellung zum Festgehalt gar nicht erst zustande kam.<sup>182</sup>

---

<sup>178</sup> § 1 Nr. 2 a) sykeforsikringsloven.

<sup>179</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 185, Strand/Gedde-Dahl, S.1233.

<sup>180</sup> Bjørnson og Haavet, S. 69.

<sup>181</sup> So der Stortings-Abgeordnete *Rind* wörtlich im Parlament, St. Forh. Prot. 15.03 1915, S. 512.

<sup>182</sup> Inst. II fra den departementale sykeforsikringskomite av 1927, Bilag til Ot.prp.nr. 19 (1930), S. 24.

Die Reform brachte aber auch Leistungserweiterungen für Familienversicherte und führte zusätzliche Mutterschaftsleistungen ein.<sup>183</sup> Aufgenommen wurde etwa eine kostenlose ärztliche Behandlung bei Schwangerschaft und Hebammen-Versorgung sowie ein Geburtsgeld (*barselpenger*) i. H. v. 30 Kronen.<sup>184</sup> Die Einführung eines Krankengeldes für die familienversicherte und regelmäßig nicht erwerbstätige Ehefrau wurde diskutiert, jedoch nicht umgesetzt.

#### **dd) Wirtschaftliche Stagnation und Einsparungen (1920-1930)**

Ab dem Beginn der 1920er Jahre sah sich Norwegen – wie ganz Europa – erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten ausgesetzt. Bis deren Auswirkungen jedoch auch das Gesundheitssystem erreichten, war dort der Aufbau des öffentlichen Ärzteswesens weiter vorangetrieben worden. Trotz des anfänglichen Widerstandes der *DNLF* war die Anzahl kommunal angestellter Ärzte bis zum Jahr 1923 auf etwa 400 angestiegen. Damit war eine neue Ärzteordnung faktisch durchgesetzt: Die ärztliche Versorgung wurde durch eigenwirtschaftlich tätige, niedergelassene Ärzte, aber zum Teil auch durch öffentlich angestellte Ärzte sichergestellt.

Noch zum Beginn der Phase wirtschaftlicher Depression kursierten Pläne zu einer umfassenden Ausweitung der Krankenversicherung hin zu einer alle Erwerbstätigen umfassenden Volksversicherung. Aufgrund der knappen Kassen sollten diese Pläne vorerst unverwirklicht bleiben. Vielmehr wurden dringend Einsparungen nötig. Sie sollten durch erneute Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1925 erreicht werden.<sup>185</sup> Deren Folgen betrafen zum einen die Versicherten (1), zum anderen führten sie zu einer Organisationsreform (2).

#### **(1) Belastungen für die Versicherten**

Nachdem ab 1922 eine Kostenerstattung grundsätzlich möglich wurde, verdrängte das Kostenerstattungsprinzip zunehmend das Sachleistungsprinzip.<sup>186</sup> Als Ausnahme von der Regel geschaffen, verkehrte sich dieses Rangverhältnis ins Gegenteil. Denn die Ärzte verweigerten vielfach die von den Krankenkassen vorgeschlagenen Vertragsbedingungen, nach denen sie die Versicherten kostenfrei behandeln mussten und hierfür eine – nach ihrer Ansicht regelmäßig zu geringe –

---

<sup>183</sup> Die verbesserten Leistungen bei Mutterschaft waren wesentlich auf das Bestreben des Juristen Johann Castberg (1862-1926) zurückzuführen, der sich – für die damalige Zeit mehr als progressiv – für die Gleichstellung nichtehelicher Kinder im Erbrecht einsetzte.

<sup>184</sup> § 16 Nr.1 B sykeforsikringsloven.

<sup>185</sup> Lov av 17. juli 1925 nr. 8 om endringer i lov av 6. august 1915 om sykeforsikring med tilleggslover.

<sup>186</sup> Ot. prp. nr. 33, S. 14.

pauschale Vergütung der Kassen einfordern konnten. Ließ sich aber eine Einigung nicht erzielen, konnte die *RFA* stattdessen die Kostenerstattung als Alternative anordnen. Durch Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1925 wurde das Kostenerstattungsprinzip zur Regel, wobei die Möglichkeit einer kollektivvertraglichen Vereinbarung zwischen Ärzten und Kassen als Ausnahme fortbestand.<sup>187</sup>

Folglich mussten die Patienten die Kosten der ärztlichen Behandlung zunächst selbst bezahlen und bekamen sie hiernach von den Kassen ersetzt. Das Reformgesetz von 1925 besiegelte endgültig das Ende des Sachleistungsprinzips. Es bestimmte, dass dem Mitglied Kostenerstattung geleistet werden sollte „für Arzt-, Zahnarzt und Hebammenhilfe nach den Tarifen, welche das Ministerium festsetzt“.<sup>188</sup> Das *Storting* und die Krankenkassen selbst erhofften sich hiervon Einsparungen in Höhe von 5.000.000 NOK. Hierzu wurden die von den Kassen zu zahlenden Entgelte ministeriell festgelegt und zugleich abgesenkt. Von 1925 an beschränkte sich die Kostenerstattung auf einen vom Ministerium festgelegten Tarif.<sup>189</sup> Die verbleibenden Kosten ärztlicher Behandlung mussten von den Patienten selbst getragen werden.<sup>190</sup> Letztlich wurde der Streit zwischen Kassen und Ärzten auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen.<sup>191</sup> Die *DNLF* protestierte lautstark gegen den neuen Abrechnungsmodus und wies auf die drohende Verschlechterung der Patientenversorgung hin<sup>192</sup>, konnte das Gesetzgebungsverfahren aber nicht beeinflussen. Zugleich schien die Sorge um die Gesundheit der Versicherten nicht so groß, dass die Ärztevereinigung ihre Mitglieder zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen mit den Kassen aufgefordert hätte.

Die Neuregelung des Abrechnungsmodus' wurde flankiert von einer neuen ärztlichen Pflicht zur detaillierten Rechnungslegung gegenüber der Kasse, womit gegen den allgemein vermuteten Abrechnungsbetrug vorgegangen werden sollte. Soweit gewünscht, konnten die Patienten eine kostenlose Abschrift der Rechnung verlangen, um Transparenz darüber zu erhalten, welche Einzelleistungen der Arzt berechnet hatte.<sup>193</sup>

---

<sup>187</sup> § 49 Nr. 3 sykeforsikringsloven i. d. F. vom 17.07.1925.

<sup>188</sup> § 16 Nr.1 A sykeforsikringsloven i.d.F. vom 17.07.1925.

<sup>189</sup> § 16 sykeforsikringsloven i.d.F. vom 17.07.1925.

<sup>190</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 199.

<sup>191</sup> So auch Bjørnson/Haavet, S. 184.

<sup>192</sup> Skrivelse fra Den norske lægeforening til Stortingets socialkomite av 05.06.1925, Innst. O. XV (1925), Bilag 1, S. 22.

<sup>193</sup> § 21 sykeforsikringsloven i. d. F. vom 17.07.1925.

Durch die Reform von 1925 sowie durch ein weiteres Änderungsgesetz von 1928<sup>194</sup> wurden die Einkommensgrenzen wiederum angepasst. Dies geschah, wie es aus heutiger Sicht verständlicher schiene, nicht mittels Herauf-, sondern mittels Herabsetzung der Versicherungspflichtgrenze. Grund hierfür war, dass der damalige Finanzierungsmodus fast zu einem Drittel auf kommunalen und staatlichen Zuschüssen beruhte. Versicherte mit hohem Einkommen mochten vorteilhaft für die Finanzlage der Kassen sein. Sie brachten andererseits Mehrausgaben für Gemeinden und den Staat mit sich, weil sich die aus öffentlichen Mitteln zu erbringenden Beitragsanteile ebenso nach dem Einkommen bemaßen und die Städte und Kommunen für die Bezieher höherer Einkommen mehr aufwenden mussten.

## **(2) Organisationsreform**

In den bis dahin üppig gediehenen Verwaltungsstrukturen des Gesundheitswesens vermutete man auch ein erhebliches Einsparpotential. Den Vorschlag eines 1922 eingesetzten staatlichen Komitees zur einer Strukturreform nahmen die Vertreter der Ärzte als Chance wahr, endlich die bis dahin übermächtig vertretenen Verwaltungsjuristen zu verdrängen und die frei werdenden Stellen mit Fachleuten der eigenen Profession zu füllen.<sup>195</sup> Eine Verwaltung der Medizinalwesen-Abteilung im Sozialministerium durch die Ärzte erschien den Juristen und Parlamentsabgeordneten aber als zu gefährlich, da man den Medizinern einerseits die objektive Urteilsfähigkeit absprach und zum anderen einen schwindenden eigenen Einfluss fürchtete.<sup>196</sup> So verblieb die Leitung der Gesundheitsverwaltung weiter in der Hand der Verwaltungsjuristen. Die Kommissionsvorschläge mündeten lediglich in einem kräftigen Personalabbau. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten<sup>197</sup> praktizierte mittlerweile einige Ärzte in öffentlichen Anstellungsverhältnissen. Diese Zahl staatlich entlohnter Ärzte (*distriktsleger*) wurde als nunmehr zu groß angesehen und war ein weiteres Ziel der Einsparmaßnahmen. Vorschlag um Vorschlag unterbreiteten die in dieser Zeit häufig wechselnden Regierungen – alle mit dem Ziel der Einsparung. Darunter fanden sich neben der Reduzierung der Stellenanzahl, z.B. die Zusammenlegung bzw. Vergrößerung der ärztlichen Zuständigkeitsgebiete,<sup>198</sup> Einsparungen bei den Investitionen in öffentliche Praxen und ärztliche Wohnungen und auch die totale

---

<sup>194</sup> Lov av 22. juni 1928 om endringer i lov av 6te august 1915 om sykeforsikring med tilleggslover.

<sup>195</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 91.

<sup>196</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 92.

<sup>197</sup> Dazu S. 29.

<sup>198</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 94.

Überführung der Versorgung in kommunale Verantwortung. Schließlich wurde sogar vorgeschlagen, die öffentlichen Anstellungsverhältnisse aufzuheben und das Dienstverhältnis wieder zu privatisieren, sie mit anderen Worten wieder in solche umzuwandeln, wie sie vor den Reformen der letzten beiden Jahrzehnte die Regel waren.

Auch die Argumentation der Ärztevereinigung war unterdessen ins Gegenteil verkehrt. Im Gegensatz zu der vormalig vertretenen Kritik am öffentlichen Ärzteswesen wurde nun die besondere Bedeutung einer öffentlichen Anstellung für die Unabhängigkeit der Ärzte vor allem bei der Hygienearbeit unterstrichen und gegen einen Stellenabbau im öffentlichen Ärzteswesen protestiert.<sup>199</sup>

Auf kommunaler Ebene waren die kommunalen Gesundheitsräte unter Beschuss geraten. Das *sunnhetslov*<sup>200</sup> aus dem Jahre 1860 hatte die Kommunen mit umfangreichen Kompetenzen für das gesamte Gesundheitswesen ausgestattet. Da das *sunnhetslov* den Kommunen z.B. auch die Kompetenz zur Setzung von bauordnungsrechtlichen Vorschriften gegeben hatte, sofern diese gesundheitspolitischen Bezug aufwiesen, entstand vielfach Rechtsunsicherheit. Daneben wurde beklagt, dass die kommunale Allzuständigkeit zu einer unübersichtlichen Ansammlung von Vorschriften und erheblichen lokalen Unterschieden geführt hatte.

Weil die Maßnahmen des Gesundheitsrates zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gemeindebevölkerung aus dem Gemeindebudget bezahlt werden mussten, war es in der Praxis vielfach dazu gekommen, dass bestimmte Vorhaben wegen knapper Kassen nicht durchgeführt werden konnten. Daher wurde die Forderung nach einer Unabhängigkeit des Gesundheitsrates von der allgemeinen Kommunalpolitik laut.<sup>201</sup> Dazu sollte der Kreis der Mitglieder um „mindestens eine oder zwei Frauen, eine baukundige Person, einen Priester oder Schullehrer“<sup>202</sup> – „sachkundige“<sup>203</sup> Personen außerhalb der Gemeindeverwaltung erweitert werden. Zudem sollte sichergestellt werden, dass die Entscheidungen der gestärkten Gesundheitsräte kein stumpfes Schwert blieben, sondern die Kommunen auch wirksam zur Durchführung verpflichtet werden sollten.

Da die Vorschläge des „Komitees für Einsparung und Vereinfachung“ von 1922 nicht zum gewünschten Erfolg führten, wurde kurz darauf erneut eine

---

<sup>199</sup> Dieser Bewusstseinswandel hatte seine Ursache wohl vor allem in den hohen Absolventenzahlen der 1920er-Jahre. Vgl. Schiøtz, Bind 2, S. 194.

<sup>200</sup> Siehe S. 16 ff.

<sup>201</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 92.

<sup>202</sup> St. Forh. 1930, S. 3; Ot.prp.nr. 31 (1930).

<sup>203</sup> Ot. prp. nr. 31 (1930), a.a.O.

Kommission mit der Aufgabe betraut, Vorschläge für eine Organisationsreform und Einsparpotentiale zu unterbreiten. Deren umgangssprachlicher Name „Axt-Kommission“ deutet an, dass Reformen scharfe Einschnitte bedeuteten und von den Betroffenen entsprechend befürchtet wurden.<sup>204</sup> Die Vorschläge des neuen Expertengremiums zielten vor allem auf die Reorganisation der Zuständigkeiten.<sup>205</sup> Die 1920er Jahre waren eine Zeit häufiger Gesetzesreformen, ohne dass hierdurch substantielle Änderungen eintraten. Geleitet vom Wunsch zur Öffnung des Krankenversicherungssystems für weitere Bevölkerungsgruppen und gezwungen von anhaltenden finanziellen Schwierigkeiten kam es nicht zum Systemwechsel, sondern lediglich zu kleineren Anpassungen. Das Gesetz von 1915 wurde insgesamt achtmal geändert<sup>206</sup>, in den 1920er Jahren nahezu alljährlich.

### **ee) Krankenversicherungsgesetz 1930 und Änderungen**

Die Vorschläge jener Einspar-Kommissionen führten zu Gesetzesänderungen zu Beginn der 1930er Jahre. In organisationsrechtlicher Hinsicht wurden die genannten Kommissions-Forderungen teilweise umgesetzt.<sup>207</sup> Im Leistungsrecht bestand die wesentliche Änderung in der Rückkehr zum Sachleistungsprinzip. Das neu verkündete Krankenversicherungsgesetz von 1930<sup>208</sup> sah daher ein Nebeneinander von Sachleistung und Kostenerstattung vor. Bestand ein Vertrag zwischen Arzt und Kasse, konnten die Versicherten kostenfreie Behandlung verlangen.<sup>209</sup> Alternativ konnten sie von ihrer Kasse die Behandlungskosten nach staatlich festgelegten Tarifen erstattet verlangen. Die damit vollzogene Rückkehr zum Sachleistungsprinzip war der Tatsache geschuldet, dass auch das Kostenerstattungsprinzip nicht den Erwartungen gerecht wurde. Denn die Kosten hatten sich nicht in dem Maße vermindert, wie erhofft.<sup>210</sup> Darum herrschte bereits kurz nach der Einführung 1925 Einigkeit darüber, dass „eine bessere

---

<sup>204</sup> Der offizielle Name des Gremiums lautete: Spare- og forenklingskommissjonen.

<sup>205</sup> Jedoch wurden auch die neuen Vorschläge nur zum Teil umgesetzt, weil die Notwendigkeit zu Einsparungen wegen der verbesserten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht mehr im gleichen Maße bestand wie noch vor wenigen Jahren.

<sup>206</sup> Vgl. Lov av 15.juni 1917, Lov av 23.juli 1918, Lov av 10.desember 1920, Lov av 16.februar 1923, Lov av 17.juli 1925, Lov av 01.juli 1926, Lov av 3.juni 1927 und Lov av 22.juni 1928.

<sup>207</sup> So wurde die Stellung des Gesundheitsrates gegenüber den Kommunalpolitikern durch die Mitwirkung unabhängiger Mitglieder gestärkt und die Möglichkeit zur Sanktionierung bei Nichtumsetzung von Vorschlägen geschaffen. Für eine weitergehende Darstellung der organisatorischen Veränderungen ist hier jedoch kein Raum.

<sup>208</sup> Lov av 6te juni 1930 nr. 18 om syketrygd.

<sup>209</sup> § 13 Nr. 1 i.V.m. § 15 Nr. 1 syketrygloven.

<sup>210</sup> Bjørnson/Haavet, S. 192.

Ordnung gesucht werden muss und zwar vor allem nach einer, die den Mitgliedern wieder kostenlose ärztliche Hilfe schafft<sup>211</sup>.

Wegen der infolge der Weltwirtschaftskrise anhaltend schlechten Finanzlage im Staatshaushalt war eine weitere Reduzierung des Staatsbeitrages geboten. Nach wie vor blieb es rechnerisch bei einem staatlichen Beitragsanteil von einem Fünftel der Versichertenprämie. § 36 Nr.7 syketrygloven i.d.F. von 1930 sah aber vor, dass die Zahlungen des Staates an den Regulierungsfonds wieder an den Staatshaushalt zurückgeführt werden konnten, sofern die dort vorhandene Reserve ein bestimmtes Maß nicht unterschritt. Dieser Reservebetrag wurde durch weitere Gesetzesänderungen abgesenkt.<sup>212</sup> Durch ein Änderungsgesetz von 1932, welches in den Gesetzesmaterialien klar und deutlich als „Krisen-Maßnahme zur Beseitigung der bestehenden Krisensituation“<sup>213</sup> bezeichnet wurde, kam es zur ersten Absenkung. Eine weitere Absenkung war dem *Storting* bereits vorgelegt<sup>214</sup>, wurde jedoch infolge des Regierungswechsels im März 1933 nicht Gesetz. Innerhalb eines Zeitraums von 10 Jahren von 1925 bis 1935 sank der staatliche Zuschuss zu den Beiträgen real auf etwa 11% ab.<sup>215</sup> Dieser Ausfall musste durch steigende Beiträge der Versicherten kompensiert werden.

Auch das 1930 neu verkündete Gesetz wurde bis zum Kriegsbeginn siebenmal modifiziert<sup>216</sup>. Seine Grundkonzeption wurde aber erst durch das Gesetz von 1956 angetastet. Gemessen am hohen Ziel der Schaffung eines die gesamte Bevölkerung umfassenden Gesundheitssystems kann die Zwischenkriegszeit als ereignisarm bezeichnet werden. Alle Initiativen dieser Periode fielen dem Zwang zu Einsparungen zum Opfer. Trotzdem waren die Sparmaßnahmen im Gesundheitssektor nicht erfolgreich; allenfalls der relative Anstieg der Kosten konnte gedämpft werden.<sup>217</sup>

---

<sup>211</sup> Ot. prp. Nr. 19 (1930), S. 14.

<sup>212</sup> Zuletzt durch das Lov av 20 mai 1939 nr. 5 om endringer i loven av 6 juni 1930 om syketrygd med tilleggslover. Das RTV fasste die Entwicklung des Regulierungsfonds bis dahin wie folgt zusammen: ”In den Jahren 1911-1924 ist zugunsten des Regulierungsfonds für die Krankenversicherung ein Anteil von 20% des staatlichen Prämienanteils zurückbehalten worden.[...] In den Jahren 1925 und 1926 wurden 10% des Staatsanteils an die Staatskasse zurückgeführt. 1927 wurden 25% zurückgeführt und danach 20% bis zum 30. Juni 1932. Mit Gesetzesänderung vom 27. Mai 1932 wurde bestimmt, dass der Staat bis zu 50% seines Prämienanteils zurückziehen kann, wenn der Regulierungsfond mindestens 12 NOK/Versicherten enthält (Ot. prp. Nr. 41 (1939), S.3). Das RTV äußerte auf Anfrage der Regierung weiterhin, daß eine Absenkung auf 10 NOK/Versicherten möglich wäre, da die Reserven im Fond ausreichend seien.

<sup>213</sup> Ot. prp. Nr. 9 (1932), S. 2.

<sup>214</sup> Ot. prp. Nr. 40 (1933), S. 1 ff.

<sup>215</sup> Stokke, S. 77.

<sup>216</sup> Vgl. Lov av 27.mai 1932, Lov av 16.juni 1933, Lov av 25.juni 1935, Lov av 10.juli 1936, Lov av 17.juni 1937, Lov av 24.juni 1938, Lov av 20.mai 1939.

<sup>217</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 188.



#### e) Vision eines Wohlfahrtsstaats

Die mehr als ein Jahrzehnt andauernde Krise des norwegischen Gesundheitssystems war dennoch von entscheidender Bedeutung für die Fortentwicklung des Wohlfahrtsstaates. Die Ansicht, dass Krankheit ein persönliches Schicksal und deshalb ein individuelles Problem darstelle, war ab den 1920er Jahren weitgehend von dem Gedanken verdrängt, dass dieses Schicksal und vor allem die finanziellen Folgen hierfür nur durch die Gemeinschaft getragen werden können.<sup>218</sup> Die Sozialpolitik als staatliches Regulierungs- und Eingriffsmittel wurde nicht mehr nur von den Wählern der linken Parteien anerkannt, sondern fand nunmehr auch bei der Bauernpartei und den Liberalen Unterstützung.<sup>219</sup> Die einzelnen politischen Strömungen und Parteien folgten jedoch unterschiedlichen Ideen zur Weiterentwicklung des Wohlfahrtsstaates. Erst aus der politischen Konfrontation der 1930er Jahre folgten jene sozialpolitischen Merkmale, welche bis heute der „Periode der Sozialdemokratie“ zugerechnet werden.<sup>220</sup>

Keinesfalls hätten die liberalen Parteien jene Vorstellungen mitgetragen, die von der Spitze der Arbeiterpartei Anfang der 1930er Jahre entwickelt wurden. Inmitten der Weltwirtschaftskrise war angesichts von 150.000 Arbeitslosen ein Krisenprogramm ausgerufen worden. Es versprach „Arbeit und sichere Lebensbedingungen für alle!“. Die theoretische Basis für den Wahlkampf wurde von den Sozialdemokraten *Colbjørnsen* und *Sømme* geliefert, welche einen „Norwegischen Drei-Jahresplan“ vorlegten.<sup>221</sup> Nach dem Versagen kapitalistischer und liberaler Politik im krisengeschüttelten Norwegen des frühen 20. Jahrhunderts sollte die Lösung der sozialen Probleme durch zentrale Wirtschaftsplanung erfolgen. Die Einführung einer Planwirtschaft war jedoch nur als ein Schritt auf dem Weg zur Vollendung eines sozialistischen Norwegens gedacht. Dieses sollte gekennzeichnet sein durch die Kontrolle der Wirtschaft durch die Arbeiterschaft, was vor allem durch Betriebsräte und die „Sozialisierung“ von Vermögenswerten erreicht werden sollte.<sup>222</sup>

Zu den Vorstellungen beider Verfasser der Programmschrift gehörte als zentraler Bestandteil die Schaffung einer allgemeinen Sozialversicherung, welche die Versicherungsrisiken Alter, Berufsunfähigkeit, Krankheit, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfall decken und vor allem verpflichtend für die gesamte Bevölkerung

---

<sup>218</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 203; Sørensen, Michael 2005, S. 324.

<sup>219</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 199.

<sup>220</sup> Esping-Andersen/Korpi, S. 46.

<sup>221</sup> Colbjørnsen/Sømme.

<sup>222</sup> Colbjørnsen/Sømme, S. 18 ff.

sein sollte. Bis spätestens 1940 sollte diese Versicherung eingeführt sein, wenngleich die vorrangigen Bemühungen der Etablierung der Planwirtschaft geschuldet sein sollten.<sup>223</sup>

Der Kriegsbeginn und die Besatzung Norwegens verhinderten zunächst die Verwirklichung der Reformpläne. Die Arbeiterpartei sollte jedoch nach dem Kriegsende 1945 sogleich wieder an jene Ideen anknüpfen, die in den 1930er Jahren entwickelt worden waren.

Dieses Programm mochte dem bürgerlichen Lager Angst einflößen, zumal eine Verwirklichung nach den Wahlen von 1933 mit über 40 % der Stimmen für die Arbeiterpartei zur greifbaren Bedrohung wurde.<sup>224</sup> Was für die *DNA* die Lösung der sozialpolitischen Probleme war, war auch von den Vertretern der nationalen und rechten Parteien und Gruppierungen gefürchtet. 1925 war von den Politikern *Joakim Lehmkuhl* und *Christian Michelsen* der „Vaterlandsbund“ (*Fedrelandslaget*) gegründet worden. Die zur Parlamentswahl 1930 fast 100.000 Mitglieder umfassende Vereinigung konnte sich auch der Unterstützung durch den Polarforscher und Friedensnobelpreisträger *Fridtjof Nansen* sicher sein, dessen Person zu diesem Zeitpunkt bereits die Aura eines Nationalsymbols umgab. Erklärtes Ziel dieser Vereinigung war die Abwehr von sozialistischen Bestrebungen und revolutionären Gefahren, die - so die Furcht - zu einem Norwegen sowjetischer Prägung führen würden. In Übereinstimmung mit der Sozialdemokratie als ihrem erklärten politischen Gegner erteilte aber auch der Vaterlandsbund dem Liberalismus eine klare Absage. Man erkannte in der hohen Arbeitslosigkeit das größte gesellschaftliche, soziale und wirtschaftliche Problem der Zeit. Zu dessen Bekämpfung sei nicht der liberale „Nachtwächter-Staat“, sondern ausschließlich der aktive, ordnend eingreifende Staat im Stande. Im Unterschied zu den Plänen der Arbeiterpartei gingen die führenden Personen des Vaterlandbundes von der Beibehaltung der von freiem Wettbewerb, dem Schutz des Eigentumsrechts und der privaten Initiative gekennzeichneten kapitalistischen Gesellschaft aus. Zugleich forderte der Bund jedoch staatliche Anleitung und Kontrolle für und über die privatwirtschaftlich Tätigen wie auch das gesamte öffentliche Leben. Eine absolut interventionistische Wirtschaftspolitik sollte durch Elemente einer merkantilistischen Außenhandelspolitik ergänzt werden, ohne aber dadurch eine marxistische Planwirtschaft oder einen kollektivistischen Zwangsstaat zu schaffen. Im Recht auf Arbeit für jeden sah *Lehmkuhl* das

---

<sup>223</sup> Colbjørnsen/Sømme, S. 38.

<sup>224</sup> Sørensen (1991), S. 46.

elementare und das selbstverständlichste aller Menschenrechte<sup>225</sup> und meinte darum, dass eine moralische Pflicht der Gemeinschaft bestünde, Arbeit für alle zu schaffen. Auch staatliche Unterstützungsleistungen sollte es geben, jedoch sollte sie sich der Bedürftige – durch staatlich finanzierte Arbeit – verdienen. Arbeitsunfähige, die nicht in Beschäftigungsprogramme Aufnahme finden könnten, müssten auf staatliche Unterstützungsleistungen bauen können. Das Sozialversicherungssystem hingegen sollte nach der Sicht *Lehmkuhls* nicht weiter ausgebaut werden.

Große Ähnlichkeiten bestanden zwischen dem politischen Zielprogramm des *Fedrelandslaget* und dem Parteiprogramm von *Vidkun Quislings* nationalsozialistischer Partei *Nasjonal Samling (NS)*. Es handelte sich gar, wie *Gulbrand Lunde*, einer der führenden *NS*-Ideologen behauptete, beim Programm des Vaterlandsbunds um ein Plagiat der Programmschrift der norwegischen Nationalsozialisten.<sup>226</sup> Gemeinsame Position war etwa die Erhaltung des Schutzes privaten Eigentums, welches als im norwegischen Volk tief verwurzelt angesehen wurde. Zugleich lehnte sich das Programm der *NS* vielfach an das ideologische Programm der deutschen NSDAP an und bekannte offen die Sympathie für die sozialpolitischen Zielsetzungen der Hitler-Regierung.

Die liberale Staatsräson in ihrer Reinform fordernden Stimmen, waren in den 1930er Jahren weitgehend verstummt. Um den Herausgeber der wirtschaftsfreundlichen Zeitschrift „*Norges Næringsveier*“, *Einar Hoffstad*, sammelten sich die wenigen, die eine Rückkehr zu liberalen Ideen forderten. Aber auch die Forderung *Hoffstads* nach einer „freien Konkurrenz, mit dem Recht und der Herrschaft des Stärksten“ waren erkennbar dem damals auch in rechten und faschistischen Kreisen hochgehaltenen Sozialdarwinismus entlehnt.<sup>227</sup> Eine freie Wirtschaft sollte nicht vom interventionistischen Staat stranguliert werden, sondern sich frei entfalten und so Wohlstand für das gesamte Land bringen. Denn: „die Ungleichheit ist die Bedingung dafür, dass das Ganze wächst und gedeiht“<sup>228</sup>. Das bestehende Sozialleistungssystem wurde kritisiert und die Pläne zu dessen Ausbau wurden abgelehnt, weil es die Fähigkeit und das Bestreben des Einzelnen, sich selbst zu unterhalten, untergrübe. *Hoffstad* meinte, dass je höher etwa die staatlichen Geldleistungen bei Arbeitslosigkeit seien, desto mehr Menschen verblieben freiwillig in der Arbeitslosigkeit. *Hoffstad* war jedoch Realist genug, um die Wirklichkeit nicht zu verkennen. Wegen der Stärke der Arbeiterpartei am

---

<sup>225</sup> Zit. nach Sørensen (1991), S. 49.

<sup>226</sup> Sørensen, a.a.O.

<sup>227</sup> Zit. nach Sørensen (1991), S. 86.

<sup>228</sup> Zit. nach Sørensen (1991), S. 86.

Anfang der 1930er Jahre und ihres sozialistischen Kurses bestand auch im liberalen Lager ein gewisser Zwang, die Notwendigkeit bestimmter sozialpolitischer Maßnahmen einzusehen und von liberalen Idealvorstellungen in gewissem Maße abzuweichen. Auch *Hoffstad* fand in der Gedankenwelt *Otto von Bismarcks* durchaus Zustimmungswertes. Dessen Sozialpolitik – verstanden als Strategie zur Abwehr des Klassenkampfes – hieß er nachdrücklich für gut. Vor diesem Hintergrund lobte er etwa ausdrücklich das im Jahre 1937 erlassene norwegische Arbeiterschutzgesetz (*arbeidervernloven*)<sup>229</sup>.

Die Ideen der unterschiedlichen politischen Strömungen zur künftigen Entwicklung des Wohlfahrtsstaates wiesen zahlreiche Gemeinsamkeiten auf. Verschiedene Aspekte betonend, sollte die Aufgabe des Staates mehr nur als die Absicherung bei Lebensrisiken leisten – er sollte vielmehr die Gesamtheit der Individuen zu einer neuen Gesellschaft formen.

Zu den Schattenseiten wohlfahrtsstaatlicher Ordnungspolitik gehört auch ein Phänomen, dass nicht nur während der Nazi-Herrschaft in Deutschland auftrat und dort euphemistisch unter den Begriffen „Eugenik“ und „Rassenhygiene“ firmierte. Neuere Forschungen belegen, dass die wohlfahrtsstaatlichen Entwürfe der 1930er Jahre kaum ohne diesen – weniger populären Teilaspekt – gesehen werden können. Das sozialpolitische Ordnungsprinzip, dem zahlreiche Staaten in jener Zeit folgten, wird auch als „*social engineering*“ bezeichnet. Dahinter stand der Gedanke, die künftige „Volksgemeinschaft“ am Reißbrett zu planen. Vorreiter dieses neuen Ansatzes zur „grundlegenden Renovierung der Gesellschaft“<sup>230</sup> war Schweden, wo mit dem *folkhem* ein Schwenk vom menschlichen Individualismus hin zu einer stärkeren Orientierung auf die Gesellschaft, ja auf die „Volksgemeinschaft“ unternommen wurde.<sup>231</sup> Die Wirkweisen staatlicher Eingriffe waren vielfältig; sie reichten von staatlicher Familienförderung und sozialem Wohnungsbau über ein umfassendes Impfwesen und eine kostenlose Gesundheitsvorsorge für Schwangere, Mütter und Kinder bis hin zu einem stark lenkenden Schulwesen.<sup>232</sup>

Einen maßgeblichen Beitrag hierzu leistete das Ehepaar *Alva* und *Gunnar Myrdal* mit ihrem 1934 veröffentlichten bahnbrechenden Buch „Krise in der

---

<sup>229</sup> Lov av 19. juni 1936 om arbeidervern.

<sup>230</sup> Etzemüller, GuG, 2006, S. 454. Umfangreich zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft und dem schwedischen *folkhem* vgl. Götz.

<sup>231</sup> Der Begriff *folkhem* stammt aus rechtskonservativen und nationalistischen Kreisen, wurde aber Ende der 1920er Jahre durch *Per Albin Hansson* auch in der Sozialdemokratie eingeführt, wo er bis in die frühe Nachkriegszeit zu einer der wichtigsten Metaphern der Sozialdemokraten wurde. Vgl. auch Michelsen, S. 57.

<sup>232</sup> Zur Bevölkerungspolitik als Hauptaufgabe der Sozialdemokratie Lundberg/Åmark, Scand. J. History 2001, S. 163.

Bevölkerungsfrage“ (*Kris i befolkningsfrågan*) entwarfen sie nicht weniger als eine vollständige zukünftige Gesellschaftsordnung: Diese sollte sich die zuvor genannten Maßnahmen zu eigen machen, um die Geburtenrate zu erhöhen und binnen weniger Generationen einen neuen Menschen zu schaffen, der sich gesund, gebildet und gesellschaftskonform in die Volksgemeinschaft einfüge. Die *Myrdals* verschwiegen nicht, dass zu den dafür zu ergreifenden politischen Schritten auch einer gehörte, dem aus heutiger Sicht wenig positive Konnotationen zuzugestehen sind: der Schutz der „Volksgesundheit“.<sup>233</sup>

Dieser Begriff diente sowohl in Schweden als auch in Norwegen als Deckmantel, unter welchem sich auch der Versuch verbarg, ein gesundes und starkes Volk zu schaffen, krankes und „minderwertiges“ Erbgut dagegen an weiterer Verbreitung zu hindern. Für die Verantwortlichen in Gesundheits- und Bevölkerungspolitik zu Beginn der 1930er Jahre war aktive Eugenik Teil des Gesamtprojekts. Zur gleichen Zeit, als man Schulspeisungen und Reihenimpfungen für Schulkinder als geeignetes Mittel ansah, die Nation zu stärken, sollte der „Degeneration“ der Gesellschaft durch eine „Vermehrung von Geistesschwachen und Asozialen“<sup>234</sup> Einhalt geboten werden. Zwangssterilisierungen erschienen als logische Konsequenz der erstarkten wohlfahrtsstaatlichen Bemühungen um die Hebung der Volksgesundheit. Dies galt auch im Hinblick auf verurteilte Verbrecher, die wohl allenfalls wiederum Straftäter hervorbrächten, so man sie nicht an der Fortpflanzung hinderte.

Aus dieser Zeit der von ethisch-moralischen Werten „befreiten“ Wissenschaft<sup>235</sup> ist die Entwicklung bis hin zur Verabschiedung des norwegischen Sterilisierungsgesetzes von 1934<sup>236</sup> zu erklären. Der Stortingsabgeordnete *Erling Bjørnson* (*Bondepartiet*) drückte mit seiner Äußerung die Ansicht des ganz überwiegenden Teils des Parlaments aus. Er wünschte, dass „die kommenden Generationen von der Überbelastung durch degenerierte Menschen“ befreit würden.<sup>237</sup>

---

<sup>233</sup> Myrdal/Myrdal, S. 270 ff.

<sup>234</sup> Etzemüller, GuG, S. 456 f.

<sup>235</sup> Roll-Hansen, Nils, S. 153 mit Hinweis auf führende deutsche Genforscher wie Eugen Fischer, Fritz Lenz und Otmar von Verschuer, welche gezielt eine wertfreie, „amoralische“ Wissenschaftsrhetorik wählten, um so eine ethisch-moralische Verantwortung von sich weisen zu können. Deren Tätigkeit erklärt sich auch vor dem Hintergrund, dass in dieser Zeit „der Gewohnheitsverbrecher“ als menschliche Teilspezies betrachtet wurde und die Verbrecherphänotypenlehre – einschließlich der üblichen anatomischen Vermessungen – nicht eine groteske Phantasterei von Einzelnen waren, sondern eine ernstgenommene wissenschaftliche Ansicht darstellten.

<sup>236</sup> Lov av 1.juni 1934 nr. 2 om sterilisering.

<sup>237</sup> St. forh. 1934, 8, Ot.:157.

Dieses Gesetz erlaubte Zwangssterilisierung, um so die Verbreitung von erblichen Krankheiten zu verhindern. Denn in der öffentlichen Wahrnehmung ging die Stagnation des Bevölkerungswachstums einher mit dem vermehrten Auftreten von geistigen oder seelischen Behinderungen sowie einer anwachsenden Zahl von „Asozialen“. Die Ursache wurde vielfach in dem „schlechten Erbgut“ dieser Menschen gesehen.<sup>238</sup> Schon vor dem ersten Weltkrieg wurde von einigen norwegischen Wissenschaftlern die These vertreten, dass der „sozialen Degeneration“ mit einer radikal geänderten Sozialpolitik begegnet werden müsse, die auch eine eugenische Kontrolle und Steuerung der Bevölkerungsentwicklung beinhaltete. Jener Ansicht, deren bekanntester Fürsprecher der Pharmazeut *Mjøen* war, wurde von anderen Forschern entgegengehalten, wissenschaftlich unhaltbar<sup>239</sup> zu sein und das Werk von Dilettanten darzustellen.<sup>240</sup> Dennoch präsentierte die erstere Gruppe, welche sich eines starken Einflusses auf die öffentliche Meinungsbildung und die Politik erfreute, dem Justizminister im August 1931 eine Anregung für einen Gesetzesvorschlag, welcher erleichterte Rahmenbedingungen für Sterilisierungen bringen sollte<sup>241</sup> und über die früheren strafgesetzlichen Bestimmungen hinausging.<sup>242</sup>

Der in das *Storting* eingebrachte Vorschlag durchlief das Gesetzgebungsverfahren ohne wesentliche Einwendungen, da insoweit ein breiter Konsens aller Parteien bestand.<sup>243</sup> Mit nur einer Gegenstimme wurde es schließlich im Mai 1934 verabschiedet: Der Abgeordnete *G. J. Bonde* von der *Samfundsparti* hatte eingewandt, dass Gesetz verletze die Rechte der Individuen. Er begründete seine ablehnende Haltung damit, dass Gewohnheitsverbrecher weniger durch genetische Vorbestimmung sondern durch soziale Prägung entstünden. Somit sei eine Zwangssterilisation wirkungslos, vielmehr müsse man die gesellschaftlichen Bedingungen ändern.<sup>244</sup>

---

<sup>238</sup> Roll-Hansen, S. 154 et passim.

<sup>239</sup> Gogstad, S. 182.

<sup>240</sup> So der Anatomieprofessor K. E. Schreiner in: *Norske Intelligenssedler*, 8.4.1915, S.5-6, zit. nach Roll-Hansen, S. 159.

<sup>241</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 104f.

<sup>242</sup> Das norwegische Strafrecht gestattete die Sterilisierung im Wege eines Tatbestandsausschlusses. Vgl. § 47 straffeloven, wonach eine Sterilisierung straffrei blieb, wenn ein zwingender medizinischer Grund vorlag.

<sup>243</sup> Lavik, Linjer 1993, S. 22, Roll-Hansen, S. 173f.

<sup>244</sup> Vgl. Stortingsforhandlinger 1934, Band 8, vom 08.05.1934, S. 157ff. Nach § 3 S. 1 des Gesetzes bedurfte es für eine Sterilisierung auf eigenen Wunsch eines „beachtlichen Grundes“. Ein solcher lag nach den Gesetzesvorarbeiten etwa dann vor, wenn Gefahr drohte, dass eine Geisteskrankheit vererbt würde. Bei Minderjährigen bedurfte dieser Eingriff nach § 3 S. 2 der Zustimmung des Sterilisierungsrates (steriliseringsrådet). Jedoch konnte nach dem Gesetz von 1934 eine Sterilisierung ohne Einwilligung des Betroffenen nur unter strengen Voraussetzungen erfolgen. Ob die Einführung dieses Gesetzes jedoch auch in praxi zu einer erhöhten Zahl von Sterilisierungen führte, kann bezweifelt werden.

Insgesamt waren die 1930er Jahre entscheidend für die Entwicklung und Prägung des späteren norwegischen Wohlfahrtsstaates. In diesem Jahrzehnt wurden die Grundlagen und das ideenpolitische Fundament für die Nachkriegsordnung gelegt. Zugleich unterschieden in dieser Zeit die Vorstellungen zur Reichweite staatlicher Eingriffe auch deutlich von den heutigen. Erst die Schrecken der „Euthanasie“ zur Zeit des Dritten Reiches und der Zweite Weltkrieg führten in Norwegen zum Bewusstsein, dass staatliche Interventionen für Wohlstand und Wohlfahrt der Nation inakzeptabel sind, welche die Würde des Einzelnen verletzen.

#### **f) Ausbau des Wohlfahrtsstaates**

Die Mitte der 1930er Jahre eintretende Verbesserung der gesamtwirtschaftlichen Lage<sup>245</sup> wirkte erlösend, weil diese auch eine Konsolidierung der Systeme sozialer Sicherheit ermöglichte. Die im März 1935 während der Phase des wirtschaftlichen Aufschwungs, an die Macht gekommene Alleinregierung der Arbeiterpartei (*DNA*) konnte über wieder ansteigende Steuereinnahmen verfügen. Diese erlaubten die Erweiterung des Sozialleistungssystems und brachten auch Verbesserungen für das Gesundheitswesen. So wurde mehr Geld in Einrichtungen der Krankenversorgung investiert und wieder vermehrt Ärzte und Pflegepersonen eingestellt. Das Ziel eines universalen, für die Gesamtbevölkerung zugänglichen Gesundheitssystems blieb jedoch abermals unerreicht. Vielmehr entschloss man sich, das bisher bestehende System der öffentlichen Krankenversicherung auszubauen und weiteren Berufsgruppen zu öffnen. Die wachsenden staatlichen Einnahmen wurden vor allem genutzt, um den Beitrag jener Versicherten zu bezuschussen, die nicht in der Lage waren, ihn selbst zu tragen. Dies betraf vor allem die im Fischindustrie Tätigen, um deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit es seit jeher schlecht bestellt war, deren Krankheitsrisiko aber dem der Arbeiter durchaus entsprach.

Der überwiegende Teil der Fischer - schätzungsweise 80.000 Personen – war selbständig. Demgegenüber waren etwa 15.000 – 20.000 Fischer als Angestellte tätig und unterfielen so der gesetzlichen Versicherung. Ein Ende dieser

---

Bis zum Außerkrafttreten des Gesetzes im Jahre 1977 erfolgten nach neueren Untersuchungen ca. 44.000 Sterilisierungen, wovon ca. zwei Drittel an Patientinnen vorgenommen wurden. Dem standen ca. 47.000 Anträge gegenüber, welche die Gesundheitsbehörden zu bearbeiten hatten und zumeist von den Betroffenen selbst gestellt worden waren. Zur Klarstellung darf jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass die Anzahl der Eingriffe vor allem in der Nachkriegszeit deutlich zunahm. Von 1934 bis zum Beginn des zweiten Weltkrieges in Norwegen geht man von durchschnittlich 77 Eingriffen pro Jahr aus, wogegen allein im Jahr 1975 4.582 Personen sterilisiert wurden.

<sup>245</sup>

Lie, *Historisk Tidsskrift* 1996, S. 325 ff.

Ungleichstellung war umso mehr erforderlich, als die Unfallversicherung seit jeher auch die selbständigen Fischer umfasste.

Eine Versicherung zu den für Arbeiter üblichen Tarifen war jedoch für die selbständigen Fischer unmöglich, gehörten sie doch zu den Erwerbstätigen mit dem geringsten Einkommen.<sup>246</sup> Zudem mangelte es bei ihnen naturgemäß am Beitragsanteil des Arbeitgebers. Das Sozialministerium errechnete darum die zusätzlichen Kosten für die Ausweitung des Versichertenkreises und schlug einen Finanzierungsschlüssel vor, bei welchem die Fischer einen deutlich niedrigeren Beitrag zu leisten hatten.<sup>247</sup> Die fehlenden Mittel sollten durch einen erhöhten staatlichen Anteil und zusätzliche Einnahmen aus einer eigens dafür zu schaffenden Exportabgabe auf Fischereiprodukte ausgeglichen werden.<sup>248</sup> Der Gesetzesvorschlag wurde im Parlament einstimmig angenommen.<sup>249</sup> Das Gleiche galt für einen weiteren Vorstoß des Ministeriums, nach dem auch die Seeleute ins System der Krankenversicherung aufgenommen werden sollten.<sup>250</sup>

Nachdem eine bereits 1920 vorgeschlagene Invalidenpension aus Kostengründen nicht verwirklicht wurde, trat im Jahr 1936 das „Gesetz über die Hilfe für Blinde und Körperbehinderte in Kraft“ (*blinde- og vanførehjelpsloven*).<sup>251</sup> Es sah neben Hilfsmitteln eingeschränkte Geldleistungen vor, sofern der Lebensunterhalt nicht vom Betroffenen selbst oder seinen Verwandten bestritten werden konnte. Das Gesetz war ein vorläufiger Versuch zu einer später zu schaffenden Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung, begründete aber bis zum Ende der 1950er Jahre die einzige Anspruchsgrundlage für Sozialleistungen bei Körperbehinderung oder Blindheit. Der Vorschlag einer Kommission unter der Leitung von *Marius Ormestad*, dem damaligen Leiter des Landes-Krankenkassenverbandes, das Krankenversicherungsrecht generell um Leistungen an Erwerbsunfähige zu erweitern, blieb hingegen genau so unberücksichtigt, wie der Vorschlag des im Jahre 1935 eingesetzten Sozialgesetzkomitees (*Sociallovkomite*)<sup>252</sup> über eine eigenständige Versicherungsordnung für Erwerbsunfähige aus dem Jahre 1937.<sup>253</sup>

---

<sup>246</sup> Vgl. Ot. prp. nr. 32 (1935), S. 3.

<sup>247</sup> Der vorgeschlagene Beitrag lag rechnerisch bei etwa 23 % der Gesamtprämie, wogegen die Fischer nach der bestehenden Rechtslage 70 % des Gesamtbeitrags hätten leisten müssen.

<sup>248</sup> Ot. prp. Nr. 32 (1935), S. 4.

<sup>249</sup> Lov av 25 juni 1935 nr. 4 om forandring og i tillegg til lov om syketrygd av 6 juni 1930 og lov av 27 mai 1932 og lov av 16 juni 1933.

<sup>250</sup> Lov av 10 juli 1936 (nr. 1) om endringer i lov om syketrygd av 6 juni 1930 med tilleggslover.

<sup>251</sup> Lov av 16 juli 1936 (nr. 3) om hjelp til blinde og vanføre.

<sup>252</sup> Innst. St. Nr. 5 (1937).

<sup>253</sup> Bjørnson/Haavet, S. 239.



Eine weitere Neuerung war zudem das im Juli 1938 in Kraft getretene Gesetz über die Arbeitslosenversicherung<sup>254</sup>. Es ordnete für den überwiegenden Teil der gesetzlich krankenversicherten Arbeiter eine gesetzliche Mitgliedschaft in der Arbeitslosenversicherung an, aus der nach einer Wartezeit von 45 Wochenprämien Einkommensersatzleistungen bezogen konnten. Bevor die ersten Zahlungen des neuen Versicherungszweiges angewiesen werden konnten, war Norwegen von der Wehrmacht okkupiert und das Arbeitslosenversicherungsgesetz wurde zwischenzeitlich durch eine provisorische Anordnung der Regierung *Quisling* außer Kraft gesetzt.

Andere Pläne, darunter die Ausweitung der Krankenversicherung auf die gesamte Bevölkerung, konnten infolge des Kriegsbeginns und der Besatzungszeit nicht verwirklicht werden. Das *sociallovkomitee* lieferte 1937 den entsprechenden Bericht ab und leistete wichtige Vorarbeiten für eine Volksversicherung, die aber erst in der Nachkriegszeit verwirklicht werden konnten.

#### **g) Zweiter Weltkrieg und Besatzung (1940-1945)**

Der Zweite Weltkrieg begann für Norwegen mit dem Angriff der deutschen Truppen auf Dänemark und Norwegen am 9. April 1940. Was unter dem Decknamen „*Weserübung*“ vorbereitet worden war, führte binnen kurzer Zeit zur Besetzung beider Länder. Nachdem der norwegische König *Haakon VII.* die Kapitulation verweigert hatten, flüchteten die Regierung und die Königsfamilie ins Londoner Exil. In Norwegen wurde ein Verwaltungsrat errichtet, welcher die nur für kurze Dauer tätig war.<sup>255</sup> Abgelöst wurde dieser „*administrasjonsråd*“ durch eine Regierung, an deren Spitze der Nationalsozialist *Vidkun Quisling*<sup>256</sup> stand. Die „Minister“ dieser „Regierung“ waren jedoch von der deutschen Ziviladministration abhängig. Unter der Leitung des Juristen *Joseph Terboven* war am 1940 das „Reichskommissariat Norden“ errichtet worden, welchem die Verwaltung des besetzten Norwegen unterstand. Alle Maßnahmen des Administrationsrates wie später auch der Regierung Quisling mussten der deutschen Besatzungsverwaltung zur Genehmigung vorgelegt werden.<sup>257</sup> Dies

---

<sup>254</sup> Lov av 24. Juni 1938 om arbeidsløshetstrygd.

<sup>255</sup> Der administrasjonsråd wurde am 25.09.1940 aufgelöst.

<sup>256</sup> Vidkun Quisling (geboren 18.07.1887 - hingerichtet 24.10.1945). Der nationalsozialistische Politiker war nach einem erfolglosen Putschversuch im April 1940 auf den Wunsch Hitlers zum politischen Leiter des kommissarischen Staatsrates ernannt worden und wurde am 01.02.1942 zum Ministerpräsident Norwegens. Er zog die ewigwährende Abscheu des überwiegenden Teils der norwegischen Bevölkerung auf sich, was sich auch im Folgenden ausdrückt: In der norwegischen Sprache, welche den Anfangsbuchstaben „Q“, ansonsten nur in Lehnwörtern kennt, ist der Begriff Quisling ein gebräuchliches Synonym für „Verräter“.

<sup>257</sup> Gogstad, S. 32.

betraff auch alle sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Maßnahmen.<sup>258</sup> Die zahlreichen Neu- und Umordnungen können hier jedoch nur grob nachgezeichnet werden.<sup>259</sup>

#### **aa) Wohlfahrtsideologie unter NS-Herrschaft**

Während der Besatzungszeit war von einer planmäßigen Sozialpolitik wenig zu spüren, was sich anhand der wenigen Gesetzesvorschläge und -änderungen belegen lässt. Die norwegischen Nationalsozialisten hatten zum Zeitpunkt ihrer Einsetzung als Regierungspartei ein sozialpolitisches Programm, das sich in vagen Ideen erschöpfte. Zwar versprach Sozialminister *Birger Meidell* (NS) einen kräftigen Ausbau des Sozialversicherungssystems, löste dieses Versprechen aber niemals ein.

Der Krieg erforderte die Versorgung von Soldaten und Kriegsoptionen. Die nationalsozialistische Regierung reagierte darauf mit einem entsprechenden Versorgungsgesetz für Kriegsversehrte (*Lov om krigspensjonering*).<sup>260</sup>

Mit der Einführung einer Ordnung zur Verbesserung der sozialen Sicherung von Kindern (*barnetrygdordning*) knüpfte die Regierung an ältere Pläne aus den 1930er Jahren an.<sup>261</sup> Diese Versicherung sollte die wirtschaftlichen Lasten von Familien bei der Versorgung von Kindern ausgleichen. Wegen der Ausgestaltung der Versicherung – einer Pflichtversicherung lediglich für Arbeitnehmer – lässt sich auf die Annahme schließen, dass der Familienlastenausgleich zu diesem Zeitpunkt noch nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen wurde. Vielmehr hatten sie die Familien als Versichertenkollektiv allein zu bewältigen. Jedoch sollte diese Versicherung lediglich ein erster Schritt zu einer umfassenden und modernen Familienpolitik sein. Durch die Verknüpfung der Versicherung mit der bestehenden Krankenversicherung für Arbeitnehmer und der geplanten Ausweitung letzterer war gesetzestechnisch die personale Erweiterung auch der Kindersicherung<sup>262</sup> auf alle Einwohner vorbereitet. Das *barnetrygdloven* war auch nach außen erkennbar ein Kompromiß zwischen dem, was unter den gegebenen

---

<sup>258</sup> Gogstad, S. 58.

<sup>259</sup> Hierzu Schiøtz, Bind 2, S. 275 f., sowie umfassend: Gogstad, S. 52ff.

<sup>260</sup> Sørensen, Michael 2005, S. 332.

<sup>261</sup> Die Leistungen kamen nach Gogstad, S. 191 f. erst 1945 zur Auszahlung. Mit Ende der Besatzung wurde die Ordnung - wie alle Rechtsvorschriften der Besatzungsmacht - aufgehoben. Sie fand ihre rasche Wiedergeburt durch das *barnetrygdloven* von 1946.

<sup>262</sup> Die wörtliche Übersetzung von *barnetrygd* ins Deutsche ist schwer möglich. Das Wort „Kinderversicherung“ ist begrifflich missverständlich. Zur besseren Verständlichkeit wurde daher der Begriff „Kindersicherung“ gewählt.

Umständen möglich und finanzierbar erschien und den Plänen für ein umfassendes Versorgungswerk.<sup>263</sup>

Zu weiteren Reformen in der Sozialpolitik kam es im besetzten Norwegen nicht. Eine Ursache für diesen Stillstand kann sicher darin gesehen werden, dass alle Gesetzesvorhaben der *Quisling*-Regierung nur im Einvernehmen mit der deutschen Besatzung umgesetzt werden konnten. Spätestens mit der sich anbahnenden Niederlage Deutschlands und der sich auch in Norwegen verschlechternden Bedingungen wurden sozialpolitische Vorhaben nahezu völlig hintangestellt.

Wie die Sozialpolitiker und Fachleute des Dritten Reiches, so blickten auch die norwegischen Nationalsozialisten mit Interesse auf die Entwicklungen, welche sich im Vereinigten Königreich vollzogen. Interessant ist insoweit vor allem die Parallelität der Wahrnehmung des 1942 erschienenen „*Report on Social Insurance and Allied Services*“ von *Henry William Beveridge*. Beveridge hatte die bestehenden sozialen Sicherungssysteme verschiedener Länder verglichen und hieraus einen Vorschlag für ein Sozialsystem Großbritanniens der Nachkriegszeit entwickelt. Er propagierte die Einführung einer einheitlichen Sozialversicherung, welche die gesamte Bevölkerung gegen die Risiken von Armut, Krankheit, Alter und Berufsunfähigkeit sichern und überdies dem Familienlastenausgleich zu dienen bestimmt sein sollte. Die bisherige Armengesetzgebung sollte überwunden werden durch ein Sozialversicherungssystem, dessen Ansprüche als Rechtsansprüche verbrieft waren und die auf „*flat rates on subsistence level*“, also vergleichsweise niedrigem Niveau liegen sollten.<sup>264</sup>

Für die gesamte Bevölkerung sollten Sozialversicherungsbeiträge in einen einheitlichen Sozialversicherungsfonds entrichtet werden, dessen Höhe sich nach ihrem jeweiligen Einkommen bemaß.

Sowohl deutsche als auch norwegische Nationalsozialisten mussten anerkennen, dass der Entwurf viele Gemeinsamkeiten zu einem eigenen, wenngleich bislang wenig präzisen Entwurf eines Nachkriegs-Modells aufwies. Als Machwerk des

---

<sup>263</sup> Dieses wies vielfach Parallelen zu den Entwürfen im Deutschen Reich auf: Unter der Federführung des Arbeitswissenschaftlichen Institutes (AWI), welches der Deutschen Arbeitsfront (DAF) zugehörig war, wurde dort die Nachkriegswohlstandsordnung Deutschlands geplant.

<sup>264</sup> Umfassend dazu Baldwin, S. 116 ff. Zu den Reaktionen auf den Report sowie umfassend zu seiner Entstehung: Harris, S. 247, 250. Indes gab der Report durchaus auch Anlaß zur Kritik: Es sei z.B. administrativ deutlich einfacher, eine „Sozialversicherungs-Steuer“ als Teil des bestehenden Lohnsteuersystems zu etablieren. Zudem ermögliche dies eine erheblich stärkere Umverteilung des Einkommens der Bevölkerung, da ein solcher Beitrag progressiv gestaltbar sei. Die von Beveridge befürchteten Einschränkungen der Auskehr von Sozialleistungen aufgrund von Knappheit im staatlichen Gesamthaushalt seien nicht zu erwarten. Genauer zur Kritik: Owen, *Economic Journal* 1943, S. 8 ff.

Feindes musste der Report indes zwangsläufig diskreditiert werden. Soweit möglich, wurde der Report offiziell von der *Nasjonal Samling* ignoriert.<sup>265</sup> Obschon ein eigenes Gesamtkonzept für ein Sozialmodell der Nachkriegszeit niemals entwickelt wurde, erschöpfte sich die Bewertung des britischen Vorschlages in propagandistischer Kritik an der niedrigen Leistungshöhe und der nur schwach wirkenden Einkommensumverteilung.

## **bb) Neue Verwaltungsstrukturen und Führer-Prinzip**

Die kommunalen und überregionalen Verwaltungseinheiten wurden schrittweise zentralisiert und ihre Leitung wurde treuen Mitgliedern der *Nasjonal Samling* übertragen.<sup>266</sup> Die deutschen Besatzer versuchten die tatsächlich bestehende Machtfülle gegenüber der Bevölkerung nicht offenbar werden zu lassen.<sup>267</sup> Dies galt vor allem wegen des befürchteten Verlustes eines funktionierenden Gesundheitswesens als eigenen propagandistischen Wert. Dazu passt auch, dass ein Großteil der Beamten und leitenden Angestellten in der Gesundheitsverwaltung während der Besatzungszeit im Amt blieb, da die Besatzer auf deren Fachkompetenz weder verzichten konnten noch wollten.<sup>268</sup> Nahezu unberührt blieb auch die Struktur der Sozialversicherung. Während der Besatzungszeit blieben *Reichsversicherungswerk (Rikstrygdeverk-RTV)*<sup>269</sup> und Kreiskrankenkassen bestehen.<sup>270</sup> Dennoch strebte die Besatzungsmacht während der gesamten Zeit nach einer Durchsetzung des Führerprinzips und nach der Ausschaltung jeglicher Form von Mitbestimmung oder gar Selbstverwaltung.<sup>271</sup> Auch wurden bereits 1941 Pläne ausgearbeitet, um Kontrolle über die Norwegische Ärztevereinigung (*DNLF*) und andere berufsständische Verbände zu erlangen, deren Einfluss auf die Meinungsbildung in der Bevölkerung die

---

<sup>265</sup> Während man im Arbeitswissenschaftlichen Institut (*AWI*) der DAF immerhin intern Beveridges Pläne als zukunftsweisend, ja den deutschen Plänen voraus betrachtete, stand eine Anerkennung nach außen hin nicht zur Debatte.

<sup>266</sup> Durch eine Reihe von Verordnungen sollte die komplette norwegische Kommunalverwaltung an das Muster der Deutschen Gemeindeordnung angepasst und vor allem das Führerprinzip durchgesetzt werden. Vgl. dazu die Verordnungen vom 12.10.1940 (Forordningen om ansettelse og oppsigelse av kommunale tjenestemenn), 22.10.1940 (Forordningen om kommunal forvaltning) und 21.12.1940, abgedruckt in den Verordnungsblättern für die besetzten norwegischen Gebiete, 1940.

<sup>267</sup> Gogstad, S. 59 und S. 63ff.

<sup>268</sup> Gogstad, S. 340, Schiøtz, Bind 2, S. 285. Die Gesundheitspolitik der deutschen Besatzer war zunächst Sache der „Abteilung Ernährung und Landwirtschaft“, einer Unterabteilung der „Hauptabteilung Volkswirtschaft“. Im August 1941 wechselte die Zuständigkeit und die neu geschaffene Unterabteilung „Volksgesundheit“ unter der Leitung des Mediziners Fritz Paris unterstand nunmehr der „Hauptabteilung Verwaltung“.

<sup>269</sup> Zuvor: Riksforsikringsanstalten (RFA). Zur Umbenennung S. 211.

<sup>270</sup> Urdal, S. 299.

<sup>271</sup> Nordby, *Historisk Tidskrift* 1987, S. 305.

*Abteilung Gesundheitswesen* für sehr schädlich hielt.<sup>272</sup> Dazu wurde die *DNLF* und andere Berufsverbände<sup>273</sup> unter kommissarische Leitung gestellt<sup>274</sup>. In der Folgezeit kündigte die Mehrzahl der Ärzte trotz der Warnungen über mögliche Repressionen ihre Mitgliedschaft,<sup>275</sup> und gründete eine illegale, heimliche Vereinigung. Das Innenministerium versuchte, Druck auf die Ärzteschaft auszuüben, indem man die öffentliche Anstellung an die Mitgliedschaft knüpfte und dies mit dem Schutz der öffentlichen Sicherheit begründete. Zudem reagierte der Ärzteverband mit Vorarbeiten zu einem Gesetzesentwurf, der das Recht der freien Berufe umfassend neu regeln sollte. Dessen zentrales Anliegen war es, die Zwangsmitgliedschaft im Ärzteverband festzuschreiben.<sup>276</sup> Aufgrund des Vetos der deutschen Verwaltung, welche Unruhen auf dem Arbeitsmarkt befürchtete, scheiterte jedoch die Umsetzung des Vorschlages. Stattdessen versuchte die Regierung – allerdings mit nur geringem Erfolg – die Nichtmitglieder mittels einer Lizenzabgabe für den Praxisbetrieb zum Wiedereintritt in den Verband zu bewegen.

In den kommunalen Gesundheitsräten, welche aus den Gesundheitskommissionen hervorgegangen waren, wurde die vormals übliche Beschlussfassung mittels demokratischen Abstimmungen durch die starke Rolle eines „Vormannes“ abgelöst, der die als notwendig erscheinenden Maßnahmen ergriff.<sup>277</sup>

### **cc) Gesundheitspolitische Maßnahmen**

Die Maßnahmen der Besatzungsmacht in der Gesundheitspolitik waren vielfältig und hatten zunächst ganz praktische Bedeutung. Die Zahl von etwa 400.000 ständig in Norwegen stationierten deutschen Soldaten führte zu engen Kontakten mit der Bevölkerung, deren Zahl 1940 gerade die 3-Millionen-Grenze überschritten hatte. Nach Ansicht der Besatzer wäre ein schlechter Gesundheitszustand auch nachteilig für deren Kampfkraft.<sup>278</sup> Daneben war die Arbeitskraft der Bevölkerung von kriegswichtigem Interesse. Endlich beruhten das vergleichsweise milde Vorgehen oder gar die Sorge gegenüber der Bevölkerung auf der nationalsozialistischen Ideologie. Weil „in den Adern der

---

<sup>272</sup> Gogstad, S. 65.

<sup>273</sup> So die Vereinigung der norwegischen Zahnärzte (Norges Tannlægeforeningen), die Vereinigung der Krankenschwestern und der Apotheker.

<sup>274</sup> Forordningen av. 17.06.1941 om foreninger. Bis zu seinem Tod am 04.12.1943 wurde der Ärzteverband durch den Oberarzt Axel Christensen geleitet. Hiernach übernahm F.G. Hansen die Leitung bis zum 10.01.1944 und wurde durch den Oberarzt Brochmann abgelöst, der bis zum Kriegsende die Leitung innehatte.

<sup>275</sup> Gogstad, S. 118.

<sup>276</sup> Die Forordning om utøving av visse yrker sollte am 01.10.1940 in Kraft treten.

<sup>277</sup> Vgl. Lov av 19.03.1942 om endringer i Lov om helseråd.

<sup>278</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 280.

nordischen Völker besonders hochwertiges Blut pulsierte“, musste der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik ein besonderes Augenmerk gelten.<sup>279</sup> Die generelle Verbesserung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung sollte durch ein mehrgleisiges Vorgehen erreicht werden. Zum einen wurden Hygiene und Prävention große Bedeutung beigemessen. Entsprechend enthielt das Programm der *Nasjonal Samling* die Zielsetzung:

*„Die Volksgesundheit ist durch bessere Hygiene und verbesserte Wohnverhältnisse zu stärken sowie durch den Kampf gegen den Alkoholmissbrauch und die Aufwertung des Volkssportes.“*<sup>280</sup>

Daneben zielte die Gesundheitspolitik auf die „Reinhaltung des nordischen Blutes“ beginnend mit dem Verbot von „Rassen-Mischehen“ bis hin zur Zwangssterilisierung von „Gewohnheitsverbrechern“ und Menschen mit „minderwertigem“ Erbgut. Schließlich sollte die Geburtenrate gesteigert werden, um dem Aussterben der „germanischen Rasse“ vorzubeugen.

Besonderer Bedeutung kam der Prävention gegen ansteckende Krankheiten - allem voran die Tuberkulose - zu. Die Besatzungsmacht konnte dabei auf die Vorleistungen des norwegischen Gesundheitsministeriums und freiwillige Organisationen zurückgreifen, welche bereits Pläne für Massenuntersuchungen und ein landesweites Register zur Erfassung von Erkrankungen erstellt hatten. Von Mai 1942 an begannen landesweit obligatorische Reihenuntersuchungen der gesamten Bevölkerung mit mobilen Röntgeneinrichtungen, sogenannten *Röntgenbussen*.<sup>281</sup> Dazu wurde das Tuberkulosegesetz von 1900 geändert.<sup>282</sup> Die kommunalen Gesundheitsräte hatten die Untersuchung der Bevölkerung zu diesem Zwecke zu organisieren, wobei die Polizei zur Amtshilfe verpflichtet war.<sup>283</sup> Die angefertigten Aufnahmen wurden zentral gesammelt, von Radiologen ausgewertet und in die Gemeinden und Städte zurückgesandt.<sup>284</sup> Sowohl Erkrankte als auch symptomfrei Infizierte hatten sich zu weiteren Untersuchungen einzufinden, sofern dies durch die Gesundheitsräte angeordnet wurde. Weitere

---

<sup>279</sup> Gogstad, S. 41.

<sup>280</sup> Zit. nach Gogstad, S. 93

<sup>281</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 280, Gogstad, S. 242 ff.

<sup>282</sup> Tuberkuloseloven av 08.05.1900 med tilleg av 12.03.1942 sowie Lov av 30.04.1942 om skjermbilledfotografering.

<sup>283</sup> Vgl. § 5 Tuberkuloseloven vom 08.05.1900 i.d.F. vom 12.03.1942.

<sup>284</sup> Die zu Untersuchenden hatten dafür einen eigenen Kostenbeitrag von 1 NOK pro Aufnahme zu zahlen. Sofern sie nicht dazu in der Lage waren, wurden Sie bei Vorlage eines Nachweises über den Empfang von Sozialleistungen von der Zuzahlungspflicht befreit. Vgl. Schiøtz, Bind 2, S. 281.

Gesetze schufen die Rechtsgrundlage für obligatorische Reihenuntersuchungen in Schulen sowie an Arbeitsplätzen.<sup>285</sup>

Das Sterilisierungsgesetz von 1934 wurde durch ein neues „Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit“<sup>286</sup> abgelöst. Es vereinfachte die Zwangssterilisierung.<sup>287</sup> Eine Reihe von „Amts“-Personen<sup>288</sup> konnte aufgrund eugenischer Indikationen eine Sterilisierung anregen, welche auch gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt werden konnte.<sup>289</sup> Die Anzahl der Sterilisierungen nahm während der Besatzungszeit zwar insgesamt zu.<sup>290</sup> Jedoch lässt sich auch nach neueren Forschungen nicht feststellen, welche Anzahl von Eingriffen auf freiwilliger Basis geschah und wie viele Eingriffe unter Anwendung von Zwangsmitteln durchgeführt wurden. Ebenso unklar bleibt, ob die „freiwilligen“ Sterilisierungen nicht Ergebnis der Anregung dritter Personen und anschließender massiver Beeinflussung der Betroffenen waren.<sup>291</sup>

#### **dd) Kontrollstationen und Lebensbornheime**

Zur Erhaltung und Stärkung des „wertvollen nordischen Erbgutes“ erschien die Steigerung der Geburtenrate unabdingbar.<sup>292</sup> Zu diesem Zwecke sollten die ökonomischen und materiellen Voraussetzungen der Familien verbessert werden. So wurde vor allem das Netz von Untersuchungsstationen für Mütter und Kinder ausgebaut und es wurde Lehr- und Anschauungsmaterial für Hebammen und Krankenpfleger ausgegeben.<sup>293</sup>

Zudem stellte das Deutsche Reich sowohl die Mütter von Kindern, deren Väter deutsche Wehrmachtsangehörige waren, als auch deren Kinder selbst unter besonderen gesetzlichen Schutz. Nach der „Verordnung über die Betreuung von Kindern deutscher Wehrmachtsangehöriger in den besetzten Gebieten“<sup>294</sup> stand den Müttern auf Antrag eine „besondere Fürsorge und Betreuung durch Dienststellen der Reichskommissare“ zu. Sie statuierte einen Anspruch der Mutter auf Vermittlung einer Arbeitsstelle.<sup>295</sup> Auch diese Regelung ist Ausdruck des

---

<sup>285</sup> Lov av 04.11.1943 om lægeundersøkelse ved skoler og andre undervisningsanstalter.

<sup>286</sup> Lov av 23.07.1942 nr 1. til værn om folkeætten.

<sup>287</sup> Roll-Hansen, S. 179. Umfassend dazu: Giæver, Scand. Journal of History 2005, S. 28 ff.

<sup>288</sup> Nach § 4 Lov nr.1 til værn om folkeætten.

<sup>289</sup> Vgl. § 4 Lov nr.1 til værn om folkeætten.

<sup>290</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 105.

<sup>291</sup> So der Forschungsbericht von Per Haave, zit. nach St.-meld. nr. 44 (2003-2004).

<sup>292</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 282.

<sup>293</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 282.

<sup>294</sup> Verordnung Nr. 7 über die Betreuung von Kindern deutscher Wehrmachtsangehöriger in den besetzten Gebieten = Forordning nr 7 om omsorg for barn av personer tilhørende den tyske vernemakt i de besatte områder, vom 28.07.1942, abgedruckt im Verordnungsblatt für die besetzten norwegischen Gebiete = Forordningstidenda for de besatte norske områder.

<sup>295</sup> § 3 Abs. 2 Verordnung Nr. 7 vom 28.07.1942.

Schutzbedarfs der Mütter, welche – genau wie später ihre Kinder – bei der Bevölkerung ein sehr schlechtes Ansehen genossen haben<sup>296</sup>, Schwierigkeiten bei der Suche nach Arbeitsplätzen hatten und auch sozialversicherungsrechtliche Anspruchsverluste hinnehmen mussten.<sup>297</sup> Die Fürsorge der Deutschen erstreckte sich zudem auf die Übernahme der Entbindungskosten, die Gewährung von Unterhaltsbeihilfen für die Kinder<sup>298</sup> und die Unterbringung der Mütter in Kliniken und Heimen.<sup>299</sup> Die in zahlreichen Städten gegründeten Heime wurden von der mystisch verklärten Organisation „Lebensborn e.V.“ betrieben.<sup>300</sup>

Wie eine Quittung belegt, endete die Tätigkeit der Abteilung Gesundheitswesen am 18. April 1945 mit einem „abschließenden Personalfest“ in einem Osloer Hotel, bei welchem die Mitarbeiter ein letztes Mal mit Bier und Aquavit anstießen.<sup>301</sup> Von dort aus begab sich die Gruppe nach *Lillehammer*, wo sich die deutschen Streitkräfte gesammelt hatten und den Weg in die Kriegsgefangenschaft antraten.

Die Auswirkungen der deutschen Besatzung von 1940 – 1945 in Norwegen auf das norwegische Gesundheitswesen waren vergleichsweise gering. Im Gegensatz zu anderen Besatzungsgebieten existierte bis hin zu den letzten Kriegstagen ein relativ gut funktionierendes Gesundheitssystem für die Bevölkerung. Bedingt durch den Krieg bestand in diesen Jahren zugleich ein erheblicher Handlungsbedarf. Erfreute sich die norwegische Bevölkerung in den Augen der Deutschen in den ersten Jahren eines guten Gesundheitszustandes, so häuften sich bis zum Kriegsende hin die Probleme: Trotz der Bemühungen um eine verbesserte Prävention war etwa die Anzahl der Tbc-Erkrankungen und anderer Mangelkrankungen angestiegen.<sup>302</sup>

Für die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates hingegen bedeuteten Kriegsausbruch und Besatzungszeit eine doppelte Zäsur. Wichtige Gesetzesvorhaben zur Weiterentwicklung des Wohlfahrtsstaates konnten nicht verwirklicht werden. Zugleich eröffnete das Ende des Krieges die Möglichkeit für einen Neuanfang.

---

<sup>296</sup> Dazu v.a. Olsen, Lebensborn, S. 281 ff.

<sup>297</sup> Vgl. z.B. Rt 1956, S. 234: Das Reichsversicherungswerk hatte die Ansprüche einer Kriegswitwe auf Hinterbliebenenrente unter Berufung auf eine Ermessensvorschrift negiert, weil es in dem sexuellen Umgang der Frau mit deutschen Soldaten den Tatbestand erfüllt sah, nach dem im Falle eines „grob unwürdigen Verhaltens“ der Leistungsanspruch verweigert werden konnte.

<sup>298</sup> Die Unterhaltsansprüche gingen nach § 3 der Verordnung *cessio legis* auf das Reich über.

<sup>299</sup> § 2 S. 1 der Verordnung.

<sup>300</sup> Vgl. Gogstad, S. 194. Umfassend zum Lebensborn e.V. das Standardwerk von Lilienthal. Instrukтив zur Organisation und den Rechtsfragen in Norwegen: Olsen, Schicksal Lebensborn.

<sup>301</sup> Zit. Nach Gogstad, S. 71.

<sup>302</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 305.



### 3. Der Wohlfahrtsstaat der Nachkriegszeit

#### a) Neuanfang

Mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges kündigten sich in vielen Staaten Europas große Veränderungen in der Sozialpolitik an. Die norwegische Wohlfahrtspolitik der Nachkriegszeit kann indes nur betrachtet werden vor dem Hintergrund des Ringens um die Neuausrichtung der Grundlinien staatlicher Politik. Die von der Arbeiterpartei (*DNA*) unter *Einar Gerhardsen* geführte erste Nachkriegsregierung stützte sich vielfach auf Vorstellungen, welche dem sozialistischen Lager entstammten. Nach dem Kriegsende war Norwegen zunächst bemüht, sich gegenüber den alliierten Siegermächten neutral zu verhalten. Zwar bestand nach allgemeiner Ansicht keine ernsthafte Gefahr, dass sich Norwegen in die Reihe der neu entstandenen sozialistischen Staaten unter dem Einfluss der Sowjetunion einreihen könne.<sup>303</sup>

Doch war vor allem in den Reihen der Arbeiterpartei ein „Linksrutsch“ erkennbar. Bürgerliche Politiker beschuldigten die Arbeiterpartei, sie nähmen den Wiederaufbau zum Vorwand, um die norwegische Gesellschaft auf dem Schleichweg zum Sozialismus zu führen oder gar zu einem totalitären Staat umzuwandeln.<sup>304</sup> Diese Vorwürfe lagen angesichts der seitens der *DNA* geäußerten Forderungen nicht fern. Gewollt waren eine straff organisierte Zentralverwaltungswirtschaft und die Entmachtung der Banken und großen Kapitalgesellschaften. Auf diese Weise sollte die „planlose privat-kapitalistische Produktion“<sup>305</sup> ersetzt werden. In dem noch zu Kriegszeiten verfaßten Programm „Die Zukunft Norwegens“ (*Framtidens Norge*) hieß es:

*„Wir wollen kein totalitäres Norwegen und wir wollen kein Norwegen unter Kriegswirtschaft, aber wir wollen ein planwirtschaftliches System schaffen, in welchem Naturreichtümer, Maschinen, Anlagen, Transportmittel, Wissenschaft und Arbeitskraft zum Vorteil für Land und Volk genutzt werden.“<sup>306</sup>*

Andererseits wurden der Führung der Arbeiterpartei nach Kriegsende zwei Dinge deutlich bewusst: Zum einen hing ihr politisches Schicksal als Regierungspartei von dem Erfolg des Wiederaufbauprogrammes ab und zum anderen war dieser Erfolg kaum mit der Sozialisierung des Privateigentums zu erreichen. Ihre Politik

---

<sup>303</sup> Vgl. nur Norges Historie-Bull, 82f. und. 101.

<sup>304</sup> Aschehougs Norges Historie – Lang, S. 131.

<sup>305</sup> Framtidens Norge, S. 22.

<sup>306</sup> Framtidens Norge, S. 24. Kuhnle, ZfSR 1992, S. 608, behauptet indes, eine Verstaatlichung der Produktion oder die Kollektivierung des Verbrauchs sei niemals angestrebt worden.

strebte darum nach einer Synthese aus Planökonomie und „bürgerlichen“ Idealen von Freiheit und Eigentumsschutz.<sup>307</sup> Diesen gemäßigten Vorstellungen konnten die übrigen Parteien ohne weiteres folgen. Die letzten Stimmen des bürgerlich-liberalen Lagers, die in der Vorkriegszeit in einem weit ausgebauten Sozialversicherungssystem einen drohenden Verlust jeglicher Eigeninitiative zu erkennen meinten, waren nach 1945 verstummt.

Die rasche wirtschaftliche und militärische Bindung an die Westmächte durch die Annahme des Marshall-Plans<sup>308</sup>, der Beitritt zum Nordatlantikvertrag<sup>309</sup> und zur OEEC<sup>310</sup> verhinderten ein Norwegen nach sowjetischem Muster. In der Nachkriegszeit entwickelte sich jedoch in den nordischen Staaten ein Staatsverständnis, welches sich von dem der westeuropäischen Staaten unterschied. Dies führte zu einer kapitalistisch geprägten Marktwirtschaft mit nordischem Akzent.

Die politischen Parteien waren sich über die künftige starke Stellung des Staates und die Sozialpolitik als „Volksversorgung“ so einig, dass sie ein gemeinsam entworfenes Wiederaufbau-Programm (*fellesprogram*) ankündigten. Ein Klassenbewusstsein und die daraus rührende Spaltung schienen überwunden, der Konsens<sup>311</sup> über den Wunsch nach sozialer Sicherheit und Einkommensumverteilung war so breit, daß den Parteien bei Wahlkämpfen Angriffspunkte fehlten. So schrieb die Zeitschrift „*Sosial Trygd*“:

*„Hier ist [...] etwas geschaffen worden, was die Gesellschaft umformen wird und Perspektiven für eine nahezu revolutionäre soziale Entwicklung eröffnet. Und so haben die Politiker vor einer Wahl wenig oder nichts zu sagen.“<sup>312</sup>*

Der Boden für das neue wohlfahrtsstaatliche Modell war durch den *Beveridge-Report* von 1942 bereitet worden. Die darin beschriebene Vision eines umfassenden Systems sozialer Sicherheit hatte schon das Interesse der Exilregierung geweckt. Nach dem Kriegsende waren die Vorschläge umso

---

<sup>307</sup> Aschehougs Norges Historie – Lang, S. 132

<sup>308</sup> Nach anfänglicher Zurückhaltung nahm die norwegische Regierung im Sommer 1947 das Angebot der USA an und erhielt in den Folgejahren etwa 3 Mrd. US \$.

<sup>309</sup> Norwegen gehörte zu den Gründungsmitgliedern des Nordatlantikvertrags-Bündnisses vom 04.04.1949.

<sup>310</sup> Die „Organisation for European Economic Co-operation“ wurde am 18.04.1948 gegründet und war Vorläufer zur OECD (14.12.1960). Norwegen war Gründungsmitglied beider Organisationen.

<sup>311</sup> Esping-Andersen/Korpi, S. 71 m. w. N.; Grønlie, Medical History 2006, S. 192.

<sup>312</sup> Zitiert nach: Aschehougs Norges Historie – Lang, S. 204.

interessanter und erschienen umsetzbar.<sup>313</sup> Beveridges Schlagwort der Sozialleistungen „*from the cradle to the grave*“<sup>314</sup> wurden alsbald auch ins norwegische übersetzt: *Fra vuggen til gravet*<sup>315</sup>, so wurde gefordert, sollte der Schutz für die norwegische Bevölkerung durch Sozialleistungen reichen. Somit wandten sich Nachkriegs-Norwegen wie auch die anderen skandinavischen Länder ab vom Typus des Bismarckschen Sozialversicherungsstaates und orientierten sich von nun an neu – am britischen Vorbild.<sup>316</sup> Diese Neuausrichtung in der Wohlfahrtspolitik kann als exemplarisch für eine gesamte Verschiebung der Orientierung der nordischen Staaten hin zur angelsächsischen und amerikanischen Kultur gelten.<sup>317</sup>

Es griffe jedoch zu kurz, wenn man das skandinavische Wohlfahrts-Modell lediglich als Kopie des britischen Beveridge-Planes verstünde. Norwegen ging vielmehr einen eigenständigen Weg. Bei näherer Betrachtung fallen die Unterschiede zum Entwurf Beveridges deutlich ins Auge. Die Pläne zielten darauf ab, mit kleinen Schritten zu einem Wohlfahrtssystem zu gelangen, welches dem britischen Modell allenfalls im Ergebnis glich. Ziel aller Bestrebungen musste die Schaffung eines einheitlichen Versicherungssystems für die gesamte Bevölkerung sein. Dazu sollte jedoch das bestehende System schrittweise aus- und umgebaut werden.<sup>318</sup>

Ein wesentlicher Unterschied zu Beveridges Vorstellungen lag zudem im Verständnis des Begriffes „Universalität“.<sup>319</sup> In Norwegen war Universalität gewollt im Hinblick auf die gleichheitliche Zugänglichkeit aller Einwohner zum Versicherungssystem. Sie sollte hingegen nicht zugleich die Gleichheit der Höhe ausgekehrter Sozialleistungen „*flat-rate benefits*“ bedeuten,<sup>320</sup> sondern vielmehr durch eine gewisse Äquivalenz von Leistung und erbrachten Beiträgen gekennzeichnet sein. So sollte etwa das zukünftige Rentenrecht ein Mindesteinkommen durch Gewährung einer Grundrente garantieren, die aber um einkommensabhängige Bestandteile ergänzt werden sollte. Auch an der fortbestehenden Einkommensäquivalenz anderer Sozialleistungen wie z.B. dem Krankengeld wurde niemals gezweifelt. Im Unterschied zu den Vorstellungen

---

<sup>313</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 314; Bjørnson/Haavet, S. 198; zur Rezeption in Schweden, an der der damalige schwedische Sozialminister Möller erheblichen Einfluß hatte: Edebalk, Socialvetenskaplig tidskrift 1999, S. 159 ff., 1994, S. 21 ff; Edebalk, S. 152 ff.

<sup>314</sup> Vgl. Stehen, S. 23. Die mit dem Beveridge-Report populär gewordene Forderung lautete: „social benefits from the cradle to the grave“.

<sup>315</sup> Wörtlich: „von der Wiege bis zum Grabe“.

<sup>316</sup> Esping-Andersen/Korpi, S. 49.

<sup>317</sup> Klinge in Graubard, S. 60.

<sup>318</sup> Sørensen (1993), S. 72.

<sup>319</sup> Eriksen, S. 211 bezeichnet die Universalität als „das Einzigartige des Wohlfahrtsstaates“.

<sup>320</sup> Bjørnson/Haavet, S. 197.

Beveridges bestand der Bezug zum Einkommen bei den norwegischen Nachkriegsplänen auch bei der Beitragspflicht. Schlug der Beveridge-Report einen einheitlichen Beitrag für alle Mitglieder einer Personengruppe wie etwa der Arbeitnehmer vor, so sollte das zukünftige System Norwegens eine vom Einkommen abhängige Beitragsbelastung vorsehen.<sup>321</sup>

## **b) Öffentliche Gesundheitspolitik - Das System Evang**

Unter Einfluss des Mangels in den letzten Kriegsjahren hatte sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtert. Einrichtungen des Gesundheitswesens waren in schlechtem Zustand, Epidemien waren aufgetreten und die Sterblichkeit von Säuglingen war erheblich angestiegen. Es bestand also großer Handlungsbedarf. Die Phase des Wiederauf- und ausbaus des norwegischen Gesundheitswesens ist dabei untrennbar mit der Person des Mediziners *Karl Evang* verbunden. Er hatte die Exiljahre in London dazu genutzt, um eine umfassende Reform des norwegischen Gesundheitswesens zu planen. Im Jahre 1945 schrieb er in der Zeitschrift der Norwegischen Ärztevereinigung zum Thema Volksgesundheit:

*„Viele werden fragen: Können wir es uns leisten?*

*Wir können es uns nicht leisten, es zu unterlassen. Die Wiederherstellung der Gesundheit und der Arbeitskraft des norwegischen Volkes ist eine notwendige Bedingung für den materiellen und ökonomischen Aufschwung. Die in diesem Feld verwendeten Geldmittel sind nicht etwa totes Kapital, sondern produktives Kapital in seiner eigentlichen Bedeutung.“<sup>322</sup>*

Der von der Regierung nach Kriegsende vorgelegte „5-Jahres-Plan zur Wiederherstellung der Volksgesundheit“ war im Wesentlichen Evangs Werk. Es umfasste vier Schwerpunkte<sup>323</sup>:

Die Diagnostik musste sowohl im Hinblick auf die Dauer als auch auf die Genauigkeit entscheidend verbessert werden. Dazu verfolgte Evang den Plan zur Errichtung von Gesundheitszentren (*helsesenter*), in welchen die verschiedenen medizinischen Berufe eng zusammenarbeiten sollten. Daneben bedurfte das

---

<sup>321</sup> Sørensen (1993), S. 73.

<sup>322</sup> Evang, Karl: Tidsskr Nor Lægeforen, Nr. 8, 1945,: „Mange vil spørre: Men har vi råd...?...Vi har ikke råd til å la det være. Gjenreisning ab det norske folks helse og arbeidskraft er en nødvendig betingelse for den materielle og økonomiske gjenreisning. De pengemidler som nedlegges på dette felt er ikke død kapital, men i aller egentligste forstand produktiv kapital.“ (eig. Übersetzung).

<sup>323</sup> Evang stellte seine Pläne erstmalig auf dem Landestreffen der NLF im September 1942 vor. Vgl. Tidsskrift Norske Lægeforening, Nr. 8 1945, o.S.

Krankenhauswesen einer erheblichen Umstrukturierung. In den großen Städten sollten Zentralkrankenhäuser mit Kapazitäten für spezielle Untersuchungen und Behandlungen errichtet werden. In den kleineren Städten und Gemeinden hingegen sollten die personellen und technischen Kapazitäten für spezielle Behandlungen nicht vorgehalten werden. Schließlich sollten die Krankenhäuser von der Last der Pflegebedürftigen und chronisch Erkrankten befreit werden, für welche besondere Einrichtungen zu schaffen wären. Prävention und Vorsorge sollten gestärkt werden, wozu ein öffentliches Ärzteswesen geschaffen werden müsse. Der Staat sollte endlich ein Gesundheitssystem schaffen, welches das Risiko der Krankheit für alle Norweger umfassend absicherte. Dies setzte eine solide finanzielle Basis voraus, die durch Eingliederung der Besser- und Höchstverdienenden und durch eine progressive Beitragsbelastung geschaffen werden sollte.

Priorität räumten Evang und seine Mitarbeiter der Prävention und dem Ausbau eines zentralisierten Krankenhauswesens bzw. Gesundheitszentren ein. Das „System Evang“ war gekennzeichnet von der Dominanz öffentlich angestellter Ärzte.<sup>324</sup> Der zuvor schon einmal ausgefochtene Kampf zwischen Juristen und Medizinern um die Vorherrschaft innerhalb der Gesundheits- und Medizinalverwaltung ging in die zweite Runde. Unter dem Begriff „*fagstyre*“ gewann das Prinzip Bedeutung, nach dem die Verwaltung zunehmend von den Angehörigen der medizinischen Profession selbst geleitet werden sollte.<sup>325</sup> Das alte Modell, bei dem die juristisch ausgebildete, medizinisch indes nicht-sachkundige Verwaltung bei Bedarf um medizinischen Rat ersuchte, hatte sich überlebt. Notwendig erschien vielmehr, den Medizinern selbst Verantwortung in der Verwaltung zukommen zu lassen.<sup>326</sup>

Evang formte das Amt des Direktors der obersten staatlichen Gesundheitsbehörde (*Sosial- og Helsedirektoratet*) zu einer starken Stellung um – und nahm diese bis 1972 ein.<sup>327</sup> Die Aufgaben seiner mächtigen Behörde reichten vom Apothekenwesen bis hin zum Zulassungsrecht für Ärzte und andere Heilberufe. Evang selbst – und nicht die Fachminister aus Gesundheits – bzw. Sozialministerium, trug bei den wöchentlichen Treffen des Staatsrates vor. Die

---

<sup>324</sup> Dazu umfassend Nordby, *Historisk Tidskrift* 1987, 301 ff. (307).

<sup>325</sup> Schiøtz, *Bind II*, S. 345.

<sup>326</sup> Fossetøl, S. 11 m.w.N.

<sup>327</sup> In der von Evang in englischer Sprache veröffentlichten Beschreibung des norwegischen Gesundheitswesens „*Health Services in Norway*“ aus dem Jahre 1975 sind Befriedigung und Stolz über das von ihm selbst Erreichte mehr als deutlich herauszulesen. Insbesondere die Beschreibung der Potenz seines eigenen Amtes (S. 189) und dessen Zuständigkeiten belegen die Richtigkeit der Bezeichnung „System Evang“.

Phase der sogenannten „Professiokratie“<sup>328</sup> fand in den 1970er Jahren ihr Ende. Die Kompetenzen der Behörde wurden zugunsten anderer Behörden nach und nach beschnitten.

### c) Krankenversicherung als Teil des Gesamtsystems

Es sollte ein umfassendes Sozialversicherungssystem aufgebaut werden. Dazu sollten die bisher bestehenden Zweige der Sozialversicherung vereint und aufeinander abgestimmt werden und zusätzliche Sicherungssysteme geschaffen werden. Einstimmig nahm das *Storting* bereits im Jahr 1946 den Vorschlag über ein „Gesetz über die Kindersicherung“ (*barnetrygdloven*)<sup>329</sup> an, wonach Familien mit Kindern finanzielle Hilfen beanspruchen konnten. Die Pläne für diese Familienförderung waren, genau wie für viele der anderen Neuerungen, ein Erbe der Vorkriegszeit. Der vom Gesetzgeber verfolgte Zweck lag in der Umverteilung zu Gunsten der Familien mit Kindern. Das Universalismusprinzip fand deutlichen Ausdruck in der Tatsache, dass eine Bedarfsprüfung nicht stattfand und die Leistungen folglich von allen Eltern, unbesehen ihres Einkommens, in Anspruch genommen werden konnten.<sup>330</sup> Die systematisch wichtigere Neuerung war jedoch die Entscheidung für eine Steuerfinanzierung – abweichend vom ersten Gesetzesentwurf der Regierung. Die Regierung *Gerhardsen* hatte zunächst im Januar 1946 eine öffentliche an die Krankenversicherung anknüpfende Pflichtversicherung der Arbeitnehmer als Lösung vorgeschlagen.<sup>331</sup> Danach hätten alle krankenversicherten Arbeitnehmer zusätzlich Beiträge zur Finanzierung der *barnetrygd* erbringen müssen, Nichtversicherten oder kinderlosen Versicherten hingegen wäre ein solcher Beitrag zum Familienlastenausgleich erspart geblieben. Dieser erste Gesetzesvorschlag fiel aber seiner eigenen Herkunft zum Opfer. Es handelte sich um die nahezu unveränderte Kopie des Gesetzes, welches von der *Quisling*-Regierung während der Besatzungszeit erlassen worden war.<sup>332</sup> Mit der Vielzahl der von den nationalsozialistischen Kollaborateuren erlassenen Gesetze war auch dieses zum Kriegsende 1945 umgehend aufgehoben worden. Als die erste sozialdemokratische Regierung die Wiederherstellung der alten Rechtslage vorschlug, begegnete dies verständlicherweise starkem emotionalen Widerstand.<sup>333</sup> Wegen der Blockade der anderen Parteien und der damit

---

<sup>328</sup> Nordby, *Historisk Tidskrift* 1987, 301.

<sup>329</sup> Lov av 24. oktober 1946 nr. 2 om barnetrygd.

<sup>330</sup> Kjønsstad/Syse, S. 309.

<sup>331</sup> Vgl. Bjørnson/Haavet, S. 203 und 217f.

<sup>332</sup> Vgl. oben S. 47.

<sup>333</sup> Sørensen, Michael 2005, S. 324 ff.

erzwungenen Überarbeitung des Vorschlags wurde der zukunftsweisende erste Schritt zur Loslösung vom Versicherungsprinzip möglich.

Im Jahre 1948 legte der Sozialminister *Sven Oftedal* mit dem Bericht über die Volksversicherung (*folketrygdmelding*<sup>334</sup>) einen gesetzgeberischen Fahrplan vor, der eine vollständige Sicherung aller absehbaren Lebensrisiken zum Ziel hatte. Geplant war die Neuschaffung oder grundlegende Reform von Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, bei welchen vor allem der Gedanke des sozialen Ausgleichs und der universellen Zugänglichkeit für die gesamte Bevölkerung in den Vordergrund treten sollte.

Das Gesetz über die Altersrenten von 1957 sah Grundrenten ab einem Renteneintrittsalter von 70 Jahren vor, die für alle Versicherten gleich hoch waren. Dies bedeutete eine erhebliche Verbesserung gegenüber dem ersten Altersrentengesetz von 1936<sup>335</sup>. Obwohl der Schaffung eines Erwerbsunfähigkeitsrentenrechts in der „*folketrygdmelding*“ Priorität eingeräumt worden war, kam es erst im Jahre 1960 zur Verabschiedung des Gesetzes über die Erwerbsunfähigkeitsrenten, da aufgrund des enormen Arbeitskräftemangels auch auf die eingeschränkt erwerbsfähigen Personen auf dem Arbeitsmarkt nicht verzichtet werden konnte.<sup>336</sup>

Das Unfallversicherungsgesetz wurde 1958<sup>337</sup> reformiert. Es fasste die bisherigen Unfallversicherungsgesetze<sup>338</sup> für verschiedene Berufsgruppen zusammen.<sup>339</sup> Der Leistungskatalog wurde um Leistungen beim Eintritt von Gesundheitsschäden durch Berufskrankheiten erweitert. Ebenso wurden die Leistungen der Arbeitslosenversicherung um aktive beschäftigungspolitische Förderungsleistungen erweitert.<sup>340</sup> Als Auffangnetz unter dem Netz von Sozialversicherungsleistungen diente die in den 1960er Jahren ebenfalls neu geschaffene Sozialhilfe. Sie vermittelte Ansprüche für jene, die trotz des

---

<sup>334</sup> St. meld. nr. 58 (1948).

<sup>335</sup> Das im Jahre 1923 vom Storting verabschiedete Altersrentengesetz konnte aus Kostengründen nicht in Kraft treten. Das Lov om behovsprøvet alderstrygd for det norske folk gewährte Leistungen nur, soweit der Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen bestritten werden konnte. Ein Selbstbehalt sollte die über 70-jährigen animieren, einen Nebenerwerb anzutreten.

<sup>336</sup> Bjørnson/Haavet, S. 243f.

<sup>337</sup> Lov av 12. desember 1958 nr. 10 om yrkesskadetrygd.

<sup>338</sup> Drei Einzelgesetze sicherten zuvor die Industriearbeiter (Lov av 24.juni 1931 nr. 6 om ulykkestrygd for industriarbeidere), die Fischer (Lov av 10. desember 1931 nr. 1 om ulykkestrygd for fiskarar) und die Seeleute (Lov av 24. juni 1931 nr. 11 om ulykkestrygd for sjømenn).

<sup>339</sup> NOU 2004:3, S. 51.

<sup>340</sup> Das Lov om trygd mot arbeidsløyse 1958 verhalf Arbeitslosen erstmalig zu Ansprüchen auf Umschulung und anderen Qualifizierungen.

mittlerweile weit ausgebauten Sozialversicherungssystem keine Versicherungsleistungen beanspruchen konnten.<sup>341</sup>

#### **d) Krankenversicherungsgesetz 1956**

##### **aa) Hauptmerkmale**

Am Krankenversicherungsgesetz von 1956<sup>342</sup> wird deutlich, daß das Kriegsende als Chance zum Neubeginn begriffen und genutzt wurde. Mit Blick auf die Ereignisse im West-Deutschland der Nachkriegszeit lässt sich erkennen, dass zu diesem Zeitpunkt eine vielfach parallel verlaufende Entwicklung ihr Ende fand. Die junge Bundesrepublik blieb den Grundsätzen des korporatistischen Versicherungssystems verhaftet, die im ausgehenden 19. Jahrhundert geschaffen worden waren. Norwegen wandte sich hingegen etwas Neuem zu, in dem es ein Grundmerkmal des überkommenen Krankenversicherungsrechts beseitigte: die Anknüpfung der Versicherungspflicht an die Beschäftigung.

Die entscheidende Veränderung des Gesetzes von 1956 war die Anknüpfung der Versicherungseigenschaft an den Wohnsitz innerhalb der Grenzen des Norwegischen Königreichs. § 1 S. 1 des neuen Krankenversicherungsgesetzes lautete darum:

*„Jeder, der seinen Wohnsitz hier im Land hat, ist nach diesem Gesetz versichert“.*

Abgesehen von wenigen Ausnahmen, so etwa für den diplomatischen Dienst, umfasste die Versicherungspflicht damit auch Ausländer mit Wohnsitz in Norwegen. Das Gesetz sah eine Unterscheidung zwischen eigenständigen Mitgliedern und Familienmitgliedern vor. Als Mitglied galt jeder Arbeitnehmer oder selbständige Erwerbstätige, der das 18. Lebensjahr vollendet hatte. Kinder unter achtzehn Jahren und der zu versorgende Ehegatte des Versicherten mit eigenem Einkommen unterhalb einer geringen Erwerbseinkommensgrenze<sup>343</sup> waren beitragsfrei mitversichert und damit von einer eigenständigen Versicherung freigestellt.

Eine weitere wichtige Unterscheidung traf das Gesetz zwischen Arbeitnehmern und Nicht-Arbeitnehmern. Waren erstere bei der Kasse ihres Beschäftigungsortes versichert, so war der Versicherungsort der letzteren am Heimatort.

---

<sup>341</sup> Lødemel, ZIAS 1992, S. 331 ff.

<sup>342</sup> Lov av 2. mars 1956 nr. 2 om syketrygd, in Kraft getreten am 02.07.1956.

<sup>343</sup> Die Hinzuverdienstgrenze lag bei 1.000 NOK/Jahr und entsprach damit einem Zwölftel des Durchschnittsverdienstes im Jahre der Gesetzesverkündung.



Die Versicherten konnten bei Krankheit und Körperfehlfunktionen, Schwangerschaft und Niederkunft kostenfreie ambulante und stationäre Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen. Bei ambulanter ärztlicher Behandlung mussten sie jedoch regelmäßig die Kosten der Behandlungen zunächst selbst tragen, da die Kostenerstattung aus dem bisherigen Recht übernommen worden war. Wie die Vorgängervorschrift sah das *syketrygdloven* vor, dass kostenfreie ärztliche Behandlung nur in Anspruch genommen werden konnte, wenn ein Vertrag zwischen Arzt und Kasse geschlossen worden war.<sup>344</sup> Das Vertragsarztsystem war somit formal der Kostenerstattung gleichgestellt, hatte aber aufgrund der geringen Anzahl individual- bzw. kollektivvertraglich gebundener Ärzte wenig praktische Bedeutung.<sup>345</sup> Um dem Patienten finanzielle Belastungen weitestgehend zu ersparen und den Ärzten das Beitreibungsrisiko für ihre Honorarforderungen zu nehmen, räumte § 37 den Kassen und den Ärzten die Möglichkeit einer direkten Abrechnung der vom Patienten geschuldeten Behandlungskosten ein. Zahlte die Kasse mit befreiender Wirkung für den Patienten, schuldete dieser nur den Differenzbetrag zwischen den von der Regierung verbindlich festgelegten Behandlungsentgelten der Krankenkassen<sup>346</sup> und den von der *DNLF* festgesetzten Normaltarifen<sup>347</sup>. Ausnahmen hiervon waren die kostenfreie ärztliche Behandlung und Hebammenbetreuung bei der Geburt. Der Leistungsanspruch des Versicherten umfasste darüber hinaus auch eine eingeschränkte zahnärztliche Behandlung<sup>348</sup>, ärztlich verschriebene Physiotherapie, logopädische Behandlung, Arzneien, Hilfsmittel wie Verbände und Körperersatzstücke sowie die Fahrtkosten. Schließlich schuldete die Krankenkasse dem Versicherten Krankengeld, dessen Höhe seiner Einkommensklasse entsprach.

Die Krankenversicherung finanzierte sich durch Beiträge der Versicherten und, bei Arbeitnehmern, ihrer Arbeitgeber. Dazu kamen kommunale und staatliche Zuschüsse. Wie nach der alten Rechtslage wurde der staatliche Anteil an den Regulierungsfonds (§ 90) gezahlt, dem die Aufgabe zukam, durch Zahlungen an die einzelnen Kassen weitestgehend gleich hohe Beiträge für die Versicherten zu ermöglichen. Als kurzfristige Hilfen für die Kassen waren zunächst zinsfreie

---

<sup>344</sup> § 35 *syketrygdloven* i. d. F. vom 02.03.1956.

<sup>345</sup> Ohldieck/Litleré/Rygh, § 35 Anmerkung 3.

<sup>346</sup> Forskrifter og takster for refusjon av legehonorar, jfr. Kronprinsregentens resolusjon av 19. oktober 1956.

<sup>347</sup> Normaltariffen for den Norske Lægeforening

<sup>348</sup> Die Behandlung umfaßte zwar die Extraktion von Zähnen und gewisse Operationen im Mundraum und am Kiefer. Nicht umfasst waren jedoch die Behandlung von Karies und anderen Zahnbehandlungen. Entsprechend leisteten die Kassen ebenso wenig Zahnersatz.

Kredite gedacht (§ 90 Nr. 2 a). Sollte die schlechte Finanzlage einer Kasse jedoch auf ungewöhnlich hohen Krankheitskosten beruhen, kamen auch verlorene Zuschüsse in Betracht.

### **bb) Sondersysteme im Krankenversicherungsrecht**

Beibehalten wurde ebenfalls die Konzeption der öffentlichen Kreiskrankenkassen (*trygdekasser*) neben einer Anzahl anerkannter privater Kassen. Im Jahre 1960 gab es 725 öffentliche Kassen, 12 anerkannte private Kassen<sup>349</sup> und acht betriebliche Eisenbahnkassen<sup>350</sup>. Im Hinblick auf Privat- und Eisenbahnerkassen hatte das *folketrygd*-Komitee im Gesetzgebungsverfahren geäußert, dass eine „Aufrechterhaltung der anerkannten Kassen nicht nötig ist, weil deren Aufgaben auch von den normalen Kassen übernommen werden können. Vieles spricht dafür, sie aufzuheben. Sie spielen keine wesentliche Rolle, ihre Anzahl hat im Laufe der Zeit abgenommen und wird auch weiter abnehmen. Dies ist der Grund dafür, an ihr Wegfallen zu glauben. Neue Kassen werden kaum ersuchen, anerkannt zu werden und jedenfalls besteht Grund zur Annahme, dass das Reichsversicherungswerk sie hernach nicht anerkennen wird [...]“<sup>351</sup>.

Eine Auflösung der bestehenden Kassen erschien dem Gesetzgeber dennoch nicht als geboten. Er erlaubte den Kassen vielmehr ihre Tätigkeit im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Systems fortzusetzen. Besonderheiten im Hinblick auf diese Kassen wurden durch die §§ 166-174 *syketrygdloven* (1956) geregelt. Danach mussten die Kassen ihren Mitgliedern mindestens die gesetzlichen Regelleistungen der öffentlichen Kassen bieten, durften aber darüber hinaus Zusatzleistungen erbringen. Von dieser Möglichkeit machten vor allem die Eisenbahnkassen Gebrauch, indem sie ihren Mitgliedern etwa im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfasste zahnärztliche Leistungen und Kurbehandlungen anboten.<sup>352</sup>

### **cc) Verschränkungen von Gesundheitspolitik und Krankenversicherungsrecht**

Die Regierungen bedienten sich regelmäßig besonderer Gesetze, um konkrete gesundheits- und sozialpolitische Ziele zu erreichen. So wurden eigens zur

---

<sup>349</sup> Eidsvoll Verk Sykekasse, Raufoss Arbeideres Sykekasse, Rødskog Arbeideres Sykekasse, Skotfoss Bruks Arbeideres Sykekasse, A/S Høie Fabrikkers Sykekasse, Alvøens Syke- og Begravelseskasse, Pedek Sykekasse, Langevåg Fabrikkers Sykekasse, Hadelands Glasverks Sykekasse, Drammenselvans Papirfabrikkers Arbeideres Sykekasse, Chr. Wisbech A/S Funksjonærer ig Arbeideres Sykekasse, Hunsfoss Fabrikkers Sykekasse, Vestfoss Sykekasse.

<sup>350</sup> Ohldieck/Litré/Rygh, S. XII.

<sup>351</sup> Innst. til lov om syketrygd fra utvalg oppn. 19.februar 1954.

<sup>352</sup> Ot. Prp. nr. 62, S. 13, Hansen, S. 67.

Bekämpfung bestimmter ansteckender Krankheiten Gesetze erlassen. Neben Präventionsvorschriften sahen sie kostenfreie medizinische Behandlung Erkrankter vor. Zugleich war für die Betroffenen der Versicherungsfall „Krankheit“ eingetreten, in dessen Folge parallel ein Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse bestand. Um die Kassen als Kostenschuldner freizustellen, mussten diese Behandlungsansprüche mit dem Krankenversicherungsrecht verschränkt werden. Das *syketrygdloven* 1956 wählte dazu einen neuen Weg<sup>353</sup> und schloß solche Leistungsansprüche<sup>354</sup> mittels einer Generalklausel aus. § 72 Nr. 1 bestimmte, dass „die Pflicht der Kasse zur ärztlichen Hilfe und Krankenhausbehandlung von dem Moment an entfällt, in welchem die Bedingungen für Behandlung [...] auf öffentliche Rechnung aufgrund anderer Vorschriften erfüllt sind“. Dies war z.B. der Fall bei Ansprüchen nach dem Tuberkulosegesetz<sup>355</sup>, dem Maßnahmengesetz gegen Geschlechtskrankheiten<sup>356</sup> und dem Gesetz über die Gesundheitskommissionen<sup>357</sup>.

#### **e) Volksversicherungsgesetz (*folketrygdloven*) 1967**

Nachdem das Hauptaugenmerk des Gesetzgeber in der unmittelbaren Nachkriegszeit auf Erweiterung bzw. Ergänzung der bestehenden Versicherungsordnungen gerichtet war, zielte er bereits wenige Jahre später<sup>358</sup> darauf, die zahlreichen Versicherungszweige aufeinander abzustimmen und zu einem einzigen „Volksversicherungsgesetz“ zusammenzuführen. Das Sozialministerium erwartete eine wesentliche Erleichterung durch die Zusammenfassung der bestehenden Versicherungsordnungen in einem einheitlichen Gesetz, dem „*Lov om folketrygd*“. Von einer gemeinsamen Verwaltung der Versicherungszweige sowie Berechnung und Einziehung eines gemeinsamen Beitrags, im besten Falle verknüpft mit der Berechnung und Einziehung der Steuern durch die Finanzverwaltung, erhoffte man sich starke Verbesserungen des zergliederten Systems.<sup>359</sup> Zumindest ein Teil dieses Vorhabens wurde mit dem Inkrafttreten des *folketrygdloven* am 01. Januar 1967 erreicht. Das Rentenrecht, Teile des Rehabilitationsrechts, die Erwerbsunfähigkeitsversicherung sowie die Witwen- und Mütterversorgung

---

<sup>353</sup> Die vorherigen Gesetze zählten die in Frage kommenden Gesetze enumerativ auf, vgl. § 22 *syketrygdloven* (1930).

<sup>354</sup> Dies galt demgegenüber nicht für die Zahlung von Krankengeld.

<sup>355</sup> Lov av 8.mai 1900 angående særegne foranstaltninger mot tuberkuløse sykdommer.

<sup>356</sup> Lov av 12.desember 1947 nr. 4 om åtjerder mot kjønssykdommer.

<sup>357</sup> Lov av 16. mai 1860 om sunnhetskommisjoner m.v. Für eine detaillierte Aufzählung siehe Ohldieck/Litleré/Rygh, § 72 Anmerkung 2 zu Punkt 1.

<sup>358</sup> Vgl. St. meld. nr. 58 (1948) – folketrygdmelding.

<sup>359</sup> Ot. prp. nr. 17 (1965-66), S. 17.

wurden vom neuen Gesetz umfasst. Für die Eingliederung der Kranken-, Arbeitslosen- und Unfallversicherungsordnungen blieb zunächst keine Zeit. Der Gesetzgeber war sich jedoch klar darüber, dass diese binnen kurzer Zeit in das neue Gesetz eingearbeitet werden würden. Die notwendigen Kapitel im *folketrygdloven* wurden freigehalten.<sup>360</sup>

Das Kindersicherungsgesetz (*barnetrygdloven*) sollte dagegen auch in Zukunft eigenständig bleiben, da trotz der Bezeichnung weniger dem Sozialversicherungsrecht, als vielmehr dem Recht des sozialen Ausgleichs zuzuordnen war und die Ausgaben für die Leistungen ausschließlich aus öffentlichen Mitteln, nicht aber Sozialversicherungsbeiträgen aufgebracht wurden. Ähnliches galt für die Kriegsopferversorge, deren Charakter aber nicht zur Konzeption der Volksversicherung passte.<sup>361</sup>

## **f) Eingliederung des Krankenversicherungsrechts in das Volksversicherungsgesetz**

### **aa) Allgemeines**

Am 12. Juni 1970 behandelte das Parlament den Gesetzesvorschlag des Sozialkomitees über die Eingliederung des Krankenversicherungsrechts in das *folketrygdloven*.<sup>362</sup>

Im materiellen Leistungsrecht kam es nur zu geringen Veränderungen gegenüber der bisherigen Rechtslage. Hingegen mußten Beitragsrecht und Versicherungsverwaltung neu entworfen werden. Der den Krankenkassen verbliebene wirtschaftliche und administrative Freiraum wurde weiter eingeschränkt; an die Stelle der Kasse als eigenständiges Rechtssubjekt trat nunmehr das *trygdekontor* als lokaler Träger der vom Reichsversicherungswerk (RTV) verwalteten Volksversicherung. Auch in technischer Hinsicht musste das Krankenversicherungsgesetz dem *folketrygdloven* angepasst werden. Letzteres hat – bis in die heutigen Tage und im Vergleich zu Sozialrechtskodifikationen anderer Länder – einen sehr kompakten Umfang. Waren im Krankenversicherungsgesetz von 1956 noch zahlreiche Detailregelungen getroffen gewesen, so wurden sie im Zuge der Inkorporierung durch Verordnungsermächtigungen ersetzt und als Verordnungen ausgegliedert.<sup>363</sup> Ab diesem Zeitpunkt ist der größte Teil des materiellen Rechts durch Verordnungen (*forskrifter*) geregelt, was der Verständlichkeit des Volksversicherungsgesetzes sehr zugute kommt.

---

<sup>360</sup> Ot. prp. nr. 62 (1968-69), S. 5.

<sup>361</sup> Ot. prp. nr. 17 (1965-66), S. 66.

<sup>362</sup> Ot. prp. nr. 62 (1968-69), S. 7 ff.

<sup>363</sup> Ot. prp. nr. 62 (1968-69), S. 7.

## bb) Ende der Sondersysteme

Hatte die Reform von 1956 noch Raum für Sondersysteme im Krankenversicherungsrecht gelassen, schlug diesen 1971 die letzte Stunde. Alle bestehenden privaten Kassen und die Eisenbahnkassen wurden aufgelöst und ihre Mitglieder in die gesetzlichen Kassen überführt. Das Ende der Sondersysteme hatte sich bereits Jahre zuvor angekündigt und einen Streit zwischen dem für den Gesetzesentwurf federführenden Sozialministerium und dem Interessenverband der Kassen provoziert.<sup>364</sup> Der Kampf um die Eisenbahnkassen wurde aber ausschließlich auf politischer Ebene geführt. Juristische Schritte gegen die Zwangsauflösung wurden nicht unternommen, was im Hinblick auf die – unumstrittene – Anerkennung des Schutzes der Berufsfreiheit (§ 101 *grunnloven*)<sup>365</sup> bemerkenswert ist.

In den nachfolgenden Verhandlungen zwischen dem Sozialministerium und dem von den Eisenbahnkassen gegründeten gemeinsamen Verhandlungsausschuss (*fellesutvalg*) unterlagen die Eisenbahner. Ihr Vorschlag einer Weiterführung der Kassen als Sondersystem innerhalb der gesetzlichen Sozialversicherung konnte sich wegen der administrativen und technischen Schwierigkeiten nicht durchsetzen. Eine Aufrechterhaltung hätte dazu geführt, von der prinzipiellen, auf Solidarität und Gleichbehandlung beruhenden Konzeption der sozialen Krankenversicherung zu Gunsten von etwa 29.000 Versicherten abzuweichen. Da die Eingliederung der Krankenversicherung in das Volksversicherungsgesetz nach den Vorstellungen des Gesetzgebers weder zu verminderten Leistungen noch anderen Verschlechterungen für die Versicherten führen sollte, musste ein Weg gefunden werden, um die Sonderleistungen für Eisenbahner auch weiterhin zu ermöglichen. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass diese Versichertengruppe durch den Wechsel in die öffentliche Versicherung einer Beitragserhöhung<sup>366</sup> ohne äquivalente Leistungsverbesserung entgegensah. Die Eisenbahnerkrankenkassen sollten darum zu einer eigenständigen Hilfskasse umgewandelt werden, die für ihre Mitglieder über den Umfang der sozialen Krankenversicherung hinaus gehende Leistungen erbringen sollten.<sup>367</sup> Das Grundvermögen dieser Kassen sollte durch die Überführung jedoch nicht

---

<sup>364</sup> Ausführlich dazu: Hansen, S. 87 ff.

<sup>365</sup> § 101 *grunnloven* lautet: "Nye og bestandige Indskrænkninger i Næringsfriheden bør ikke tilstedes Nogen for Fremtiden."

<sup>366</sup> Die Krankenkassen hatten zuvor einen geringeren Beitragssatz, der sich daraus ergab, daß ihre Versicherungsordnungen kein Krankengeld vorsahen, wozu – aufgrund der vollen Entgeltfortzahlung durch die Eisenbahngesellschaften als Arbeitgeber – auch keine Notwendigkeit bestand.

<sup>367</sup> Ot. prp. nr. 42 (1969-70), S.6.

angetastet werden, weil dies, so die befasste Kommission einer „Beschlagnahme mit Enteignungscharakter“<sup>368</sup> gleichkäme.

Das Grundkapital der acht ehemaligen Eisenbahnkassen wurde in eine eigens dafür neu begründete Zusatz-Krankenkasse für die ehemaligen Mitglieder der Eisenbahnkassen (*Jernbanens Sykekassen*) überführt. Die Sonderleistungen, welche die alten Statuten vorgesehen hatten, wurden aus dem Grundkapital finanziert. Als eigenständiges Rechtssubjekt<sup>369</sup> war sie im Leistungsfall für die Auskehr der Zusatzleistungen an die Mitglieder verantwortlich. Sie erhielt im Gegenzug von Arbeitnehmern einen monatlichen Mitgliedsbeitrag. Bei der „neuen“ Eisenbahn-Krankenkasse handelt es sich um ein Auslaufmodell. Mit Umwandlung des Staatsbetriebes in eine an das Aktienrecht angelehnte Sonderrechtsgesellschaft und der Neugründung einzelner Betriebsteile im Jahre 1996<sup>370</sup> wurde die Unsicherheit über den Erhalt der Kasse weiter vergrößert. Im Juni 2005 kamen Arbeitgeber und Kassenvorstand überein die Kassen bis zum Jahr 2021 abzuwickeln.

#### **4. 1970er Jahre bis hin zur Gegenwart**

Die in der Ära *Evang* geschaffene Dominanz von Fachleuten in den gesundheits- und sozialpolitischen Entscheidungsgremien auf lokaler und überregionaler Ebene mochte inhaltlich von Vorteil sein, sorgte sie doch für eine hohe Professionalität. Indes war ihre mangelnde demokratische Legitimation ein ständiger Kritikpunkt. Die Veränderungen im Gesundheitswesen in den 1970er Jahren passten in das Bild der allgemeinen Veränderungen von Wirtschaft und Gesellschaft. Dezentralisierung und eine „Demokratie der Nähe“ galten als Antwort auf die vielfältigen Herausforderungen der Zeit, zu denen Landflucht und Urbanisierung gehörten. Mit dem Ende des „*Evang* - Systems“ ging die Verdrängung der so genannten „Fachsteuerung“ (*fagstyre*) durch die „Volkssteuerung“ (*folkestyre*) einher.<sup>371</sup> Die Kostenentwicklung erzwangen weitere Veränderungen im Gesundheitswesen. Von 1950 bis 1976 war der Anteil der Aufwendungen für das Gesundheitswesen am Bruttosozialprodukt von 3,5% auf 8% gestiegen.<sup>372</sup> Abermals schienen dringende Reformen notwendig, um das Gesundheitssystem vor dem drohenden Kollaps zu retten.

---

<sup>368</sup> Zit. nach Hansen, S. 103.

<sup>369</sup> Jakhelln, S. 121.

<sup>370</sup> Lov av 22. november 1996 nr. 66 om statens jernbanetrafikkselskap. Vgl. Ot.prp. nr. 2 (1996-97).

<sup>371</sup> Schiøtz, Bind II, S. 346 und 351 ff.

<sup>372</sup> Schiøtz, Bind II. S. 351.

Hatte das Hauptaugenmerk *Evangs* darauf gelegen, die Krankenhäuser auszubauen, erhielt in den 1970er Jahren die Primärversorgung durch die Kommunen Vorrang.

Aus der starken Stellung der Kommunen erklärte sich ein neuer Ansatz, der indes auf alten Elementen beruhte. Sogenannten *helsesenter*, d.h. Zentren für medizinische Versorgung, sollte dabei eine Schlüsselrolle zukommen. In diesen lokalen Zentren sollten die traditionell eher der öffentlichen Gesundheitspolitik zuzuordnenden Aufgaben (z.B. Impfwesen, Infektionsschutz, Hebammenwesen, Prophylaxe- und Hygienearbeit) mit traditionellen Krankenbehandlungsleistungen und zusätzlichen sozialen Diensten gebündelt werden. Verschiedene Professionen sollten dort tätig werden, um einen zentralen Anlaufpunkt zu schaffen bzw. eine Gesundheitsversorgung aus „einer Hand“ zu bieten. Nicht nur die dort beschäftigten Krankenschwestern und Hebammen, sondern auch die Ärzte sollten als angestellte Mitarbeiter mit Festlohn tätig werden. Der Widerstand der Vertreter der freien Berufe ließ nicht lange auf sich warten.<sup>373</sup> Die Argumente gegen Beschränkungen in der Ausübung freier Berufe waren Reminiszenzen an Jahrzehnte zuvor geführte Diskussionen um die Festanstellung der Ärzte. Es bestünde Gefahr für Patienten oder die Sicherheit der Versorgung, bliebe man nicht beim Bewährten. Darum sollten die Charakteristika des bestehenden Systems frei praktizierender Ärzte erhalten bleiben.<sup>374</sup> Indes konnte der Widerstand nicht dauerhaft die Entstehung der medizinischen Zentren (*helsesenter*) verhindern. Sie wurden vor allem dort gegründet, wo das traditionelle Recht der Ärzte zur freien Niederlassung zu einem Marktversagen führte, weil die Etablierung einer Praxis den Medizinern nicht lukrativ erschien. Bis heute spielt dieses Modell eine wichtige Rolle in der Primärversorgung.<sup>375</sup>

Auch das Krankenhauswesen stand vor erheblichen Herausforderungen. Das Krankenhausgesetz von 1969 hatte unterdessen Erfolg gezeitigt: die Bettenzahl war erheblich angestiegen - doch mit ihr auch die Kosten. Mit veränderten Finanzierungsordnungen sollte diesem Problem Einhalt geboten werden.<sup>376</sup> Ein Zankapfel blieb zudem die Versorgungsplanung: Gegen starke politische Proteste wurden zahlreiche kleine, wenig spezialisierte Lokalkrankenhäuser geschlossen, weil die notwendigen Mittel in den Ausbau zentraler Kliniken mit hoher Spezialisierung flossen.

---

<sup>373</sup> Schiøtz, Bind II, S. 355.

<sup>374</sup> Schiøtz, Bind II, S. 356.

<sup>375</sup> Siehe zu den Konstruktionen in der Primärversorgung S. 89 ff.

<sup>376</sup> Zu den Unterschieden der Finanzierungskonzeptionen in dieser Zeit vgl. S. 214.

Als „Krisenjahrzehnt“ der nordischen Wohlfahrtsstaaten gelten jedoch die 1980er Jahre. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen hatten sich verschlechtert, auch Norwegen befand sich in einer Phase langwährender Rezession.<sup>377</sup> Die Volksversicherung war inzwischen unter erheblichem Druck geraten, sie sah sich den Forderungen einer stark angestiegenen Zahl von Leistungsempfängern ausgesetzt.<sup>378</sup> Zu den Belastungen führte insbesondere der hohe Krankenstand und die hohe Zahl von Versicherten, welche Rentenleistungen wegen Erwerbsunfähigkeit bezogen. In den Jahren zuvor begründete Erweiterungen im Leistungsrecht wie etwa die Erhöhung der Mindestrenten (*minstepensjon*), Verlängerungen der Bezugszeit für Elterngeld (*foreldrepenger*) und des Arbeitslosengeldes (*dagpenger*) wurden teilweise rückgängig gemacht<sup>379</sup> bzw. es wurden die Leistungsvoraussetzungen erschwert.<sup>380</sup> Wie die anderen nordischen Staaten bediente sich auch Norwegen der gesamten Bandbreite möglicher Maßnahmen zur Kostendämpfung. So wurden manche Sozialleistungen von der allgemeinen Einkommensentwicklung entkoppelt, für andere Bedarfsprüfungen (wieder)eingeführt und schließlich Bezugszeiträume verkürzt.<sup>381</sup> Zudem wurden vor allem die Zuzahlungsregeln zu Lasten der Patienten verschärft.<sup>382</sup>

Im Gesundheitswesen führte die erhebliche Unterversorgung in manchen Gebieten zu inakzeptablen Wartezeiten für bestimmte medizinische Behandlungen und zu Rationierungszwängen als ethische Dilemmata. Hatte *Karl Evang* die bloße Existenz von Wartelisten als etwas bezeichnet, was unbedingt zu vermeiden sei,<sup>383</sup> waren genau diese aufgetreten.

Zwar kam es mit der Änderung des Finanzierungsmodus für das Krankenhauswesen zu einer erheblichen Entlastung für die *folketrygd*, weil die Kosten statt aus den Versicherungsbeiträgen unterdessen aus Steuermitteln finanziert wurden.<sup>384</sup> Allen Bestrebungen zum Trotz stiegen die Kosten des Gesundheitswesens unaufhörlich.

Die Aufbaustimmung und das Gemeinsamkeitsgefühl der Nachkriegszeit waren endgültig hinter individuellen Interessen zurückgetreten.<sup>385</sup> Die Erwartungen der

---

<sup>377</sup> Marklund, S. 38; Skånland, S. 15.

<sup>378</sup> Bjørnson/Haavet, S. 324.

<sup>379</sup> Marklund, S. 40.

<sup>380</sup> Kolberg, S. 104 ff., listet akribisch die einzelnen Einschränkungen und Kostendämpfungsmaßnahmen beginnend von 1977 an auf.

<sup>381</sup> Kolberg, S. 120 ff.

<sup>382</sup> Marklund, S. 39.

<sup>383</sup> Evang, S. 29: „In Norway, therefore, the situation should never arise that a sick person does not receive the care which he needs, either within or outside a hospital“.

<sup>384</sup> Zu den Änderungen in der Krankenhausfinanzierung siehe die detaillierten Ausführungen unter A.XII.2.c).

<sup>385</sup> Schiøtz-Skaaset, Bind II, S. 534, Brøgger, S. 39.



Patienten hatten sich zu Anforderungen erhärtet. Sie verlangten vom Wohlfahrtsstaat nun die Befriedigung ihrer Ansprüche. Die Rechtssicherheit hielt – wenn auch mit äußerst behutsamen Schritten – Einzug in das Wohlfahrtswesen, einem bis dahin zumeist normenarmen Raum. Wie in zahlreichen anderen Ländern wurde in Norwegen ein moderner d.h. „schlanker“ Staat gefordert, der sich aus bisherigen Kernbereichen zurückzieht und Raum für effektivere privatwirtschaftliche Lösungen lässt. Dies alles führte auch zu einem Perspektivenwechsel in der Gesundheitspolitik. Das staatliche Gesundheitssystem geriet - bei allem Lob für das bisher Erreichte - mehr und mehr in die Kritik ob seiner Schwerfälligkeit, Ineffizienz und Erstarrtheit. Es wurden Rufe nach Marktlösungen laut, es sollte umfassend privatisiert, dereguliert und entbürokratisiert werden.<sup>386</sup>

Indes vermochte auch dieser Richtungswechsel nicht, das in der Nachkriegszeit geschaffene Fundament des auf Gleichheit aller und Sicherheit für alle ruhenden Wohlfahrtsstaates zu erschüttern. Die in der jüngeren Vergangenheit eingeführten neuen Elemente, die den Patienten eine Verbraucherstellung in relativer Wahlfreiheit bescheren, verdrängen derzeit noch nicht die Ideale der Nachkriegsgeneration. Die Bevölkerung beantwortet die Frage, ob sie mehr Markt oder mehr wohlfahrtsstaatliche Gleichheit möchte, mit einem: „Sowohl als auch!“.

## **V. Rechtsquellen**

### **1. Verfassungsrecht**

Das norwegische Grundgesetz (*grunnloven* - *grl.*) ist die sog. *Verfassung von Eidsvoll* vom 17.05.1814. An ihr ist sämtliches einfaches Recht zu messen. Obgleich die Verfassung zur Zeit ihrer Entstehung als Vorbild für die Freiheit und Gleichheit galt, unterscheidet sie sich erheblich von modernen Verfassungstexten. Der Schutz des *grunnloven* erstreckt sich indes nur auf einen Teil der Freiheits- und Teilhaberechte. Ihr fehlt ein abgeschlossener Grundrechtskatalog.<sup>387</sup> Zudem enthält das Grundgesetz keine speziellen sozialrechtlichen Garantien. Im Gegensatz zum dänischen Grundgesetz (*grundloven*), welches in § 75 II ein Recht auf öffentliche Hilfe für denjenigen statuiert, der nicht in der Lage ist, sich selbst zu versorgen, verzichtet die norwegische Verfassung auf eine solche

---

<sup>386</sup> Schiøtz, Bind II, S. 500; Selle, *Voluntas* 1993, S. 2. Zu den neuen politischen Signalen in dieser Zeit siehe auch Bjørnson/Haavet, S. 322 ff.

<sup>387</sup> So wird z.B. in § 100 *grl.* die Meinungsfreiheit und in § 101 *grl.* die Freiheit der Wirtschaft garantiert.

Festlegung.<sup>388</sup> Auch lassen sich aus den allgemeinen Grundrechten kaum spezifische soziale Teilhabeansprüche herleiten.

### a) Recht auf Arbeit

§ 110 des norwegischen Grundgesetzes schreibt eine allgemeine Bestimmung zur Sicherung der Teilhabe an den wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Gemeinschaftsgütern fest.<sup>389</sup> Es handelt sich dabei um das „Recht auf Arbeit“. Die Vorschrift wurde im Jahre 1954 eingefügt. Als wesentlicher Beweggrund hierfür wird allgemein die Erkenntnis angeführt, dass die Teilnahme am Arbeitsleben für jeden Einzelnen einen hohen positiven Wert darstellt. Obwohl dies keinen Eingang ins Gesetz fand, ist das Recht auf Arbeit gedanklich stets mit einer Pflicht zur Arbeit zu verbinden.<sup>390</sup> Aus den Vorarbeiten wird deutlich, dass - bereits lang bevor der Begriff „*workfare*“ aus den USA importiert wurde - das aktivierende Moment ein prägendes, ja unverzichtbares Merkmal der norwegischen Wohlfahrtsstaatsordnung war.<sup>391</sup>

Gemäß § 110 *grunnloven* muss der Staat dafür Sorge tragen, dass jeder arbeitsfähige Mensch („*enhver arbeidsdygtigt Menneske*“) sein Auskommen durch eigene Arbeit und eigenes Einkommen bestreiten kann. Nach allgemeiner Ansicht ist dieses Recht jedoch nicht als subjektiver Anspruch zur Verschaffung eines Arbeitsplatzes zu verstehen. Im Gesetzgebungsverfahren war die Frage nicht unumstritten: Die Minderheit im „*utenriks- og konstitusjonskomite*“, welches mit dem neuen § 110 befasst war, meinte, die Vorschrift müsse als einklagbarer Anspruch ausgestaltet werden.<sup>392</sup> Diese Ansicht konnte sich nicht durchsetzen. Vielmehr handelt es sich um einen Programmsatz oder eine Staatszielbestimmung.<sup>393</sup> Sie verpflichtet den Staat zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit durch aktive Beschäftigungspolitik.<sup>394</sup> Treffend formuliert *Johannes Andenæs*, dass der Lebensunterhalt der arbeitsfähigen Bürger nicht durch staatliche Versicherung, sondern durch eigene Arbeit gesichert werden

---

<sup>388</sup> Zum dänischen Recht ausführlich Ketscher, S. 239ff.

<sup>389</sup> So Holgersen, S. 10. Siehe auch Innst. S. nr. 220, S. 584: Der Alternativentwurf für den Wortlaut von § 110 grl.sah neben dem Recht auf Arbeit auch explizit die „Pflicht“ zur Arbeit vor.

<sup>390</sup> Fliflet, Grunnloven, S. 460.

<sup>391</sup> Zur sogenannten „*arbeidslinja*“ und ihrer Entwicklung Kildal, TfV 1998, S. 18ff. Zur Parallel-Diskussion in Schweden: Jonsson, Socialvetenskaplig tidskrift 1996, S. 147 ff.

<sup>392</sup> Innst. S. nr. 220, S. 584.

<sup>393</sup> Andenæs, S. 405, Innst. S. nr. 220 (1954), S. 585; Fliflet, Grunnloven, S. 460. Vgl. Innst. St. nr. 220 (1954), S. 584 ff.

<sup>394</sup> So auch Inst. S. nr. 220 (1954). Bei den politischen Parteien herrschte hier Einigkeit. Lediglich die Christliche Volkspartei (KrF) stimmte - bei grundsätzlicher Bejahung der beschäftigungspolitischen Pflicht des Staates - gegen die Aufnahme der Zielbestimmung in die Verfassung, weil sie meinte, dort sei kein Platz für solches.

soll.<sup>395</sup> Der Blick auf die norwegische Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik seit der Aufnahme der Bestimmung in die Verfassung beweist, dass der Staat diese Zielbestimmung sehr ernst nahm.<sup>396</sup> Anerkannt ist mittlerweile auch die Ausweitung der staatlichen Verpflichtung auf eine besondere Berücksichtigung der Integration behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt.<sup>397</sup> Doch weder für die Beschäftigungspolitik im Allgemeinen noch für die besonderen Integrationspflichten kann in § 110 *grunnloven* eine Rechtsquelle im Sinne eines sozialen Teilhabeanspruchs erblickt werden.<sup>398</sup>

## **b) Öffentliche Gesundheit durch Umweltschutz**

Auch der Begriff der Gesundheit (*sundhed*)<sup>399</sup> findet sich im Verfassungstext. § 110b *grunnloven* statuiert das Recht auf eine „Umwelt, welche die Gesundheit des Einzelnen sicherstellt“. Der Regelungsgegenstand der Bestimmung ist also das Umweltrecht. Im öffentlichen Gesundheitswesen, in dem der Staat ordnungsrechtliche Aufgaben der *polizey* wahrnimmt, könnte § 110b *grunnloven* eine gewisse Bedeutung zukommen; z.B. für gesetzliche Eingriffe in das Eigentum bei Epidemien oder Seuchen.

Der Charakter der Vorschrift geht ebenfalls kaum über eine bloße Staatszielbestimmung hinaus. Diese zu formulieren, war auch das Hauptmotiv ihrer Schaffung im Jahre 1992. Die mit dem Gesetzesvorschlag betraute *Stortings*-Kommission sah darin eine grundgesetzlich verankerte Richtlinie für die gesetzgebende Gewalt des Parlaments und zugleich ein Instrument, welches das Ermessen der gesamten Verwaltung lenken sollte im Hinblick auf die herausragende Bedeutung einer gesunden Natur- und Lebensumgebung.<sup>400</sup> Zugleich sollte die Vorschrift dem Bürger einen Anspruch auf Information über den gegenwärtigen Zustand und geplante zukünftige Eingriffe in die Umwelt vermitteln. Gleichwohl betont *Andenæs*, dass es sich dabei jedoch nicht um ein individuell einklagbares Recht handelt.<sup>401</sup> Die juristische Diskussion über den Umfang des Informationsanspruchs ist noch nicht beendet. Zwar wurde das Einsichtsrecht von Umweltverbänden bei Bauvorhaben direkt aus der

---

<sup>395</sup> Andenæs, S. 516 f.

<sup>396</sup> Skånland, S. 10 ff.

<sup>397</sup> Anvik/Olsen, S. 34 m. w. N.

<sup>398</sup> Den Zusammenhang erachtet Boe, S. 558. zumindest als möglich.

<sup>399</sup> Die Sprache der Verfassung wählt - auch bei neuen Vorschriften - ein antiquiert klingendes Norwegisch und Begriffe, deren Herkunft aus dem Dänischen - der Sprache des ursprünglichen Textes - unverkennbar ist.

<sup>400</sup> InnstS. nr. 163 (1991-92), S. 6; Warberg, Retfærd Nr. 75, 1996, S. 21 ff.

<sup>401</sup> Andenæs, S. 408.

Verfassungsbestimmung herzuleiten versucht.<sup>402</sup> Überwiegend wird die Vorschrift aber ausschließlich als Auftrag an den Gesetzgeber verstanden, der aber darüber hinaus keine direkten Ansprüche - weder im Umwelt- noch im Gesundheitsrecht - vermittelt.

### c) Schutz des Eigentums und Rückwirkungsverbot

Daneben garantiert § 105 des Grundgesetzes den Schutz des Eigentums und verpflichtet den Staat zur Zahlung eines finanziellen Ausgleichs, falls dem Bürger eine Eigentumsposition im öffentlichen Interesse entzogen wurde.<sup>403</sup> Eine aus dem deutschen Recht bekannte Sichtweise, nach welcher die Eigentumsgarantie auch den Schutz sozialrechtlicher Anwartschaften umfasst,<sup>404</sup> ist der norwegischen Jurisprudenz zwar nicht fremd.<sup>405</sup> Allerdings ist der Schutz solcher Rechte weitaus schwächer ausgeprägt. Das norwegische Verfassungsgericht *Høyesterett* hat im Jahre 1996 in den Entscheidungen *Borthen* und *Thunheim* festgestellt, dass Renten aus der öffentlich-rechtlichen Volksversicherung *folketrygd* grundsätzlich vom Schutzbereich des § 105 *grunnloven* umfasst sind.<sup>406</sup> Dabei wirkt der Eigentumsschutz der Verfassung im Zusammenspiel mit dem Verbot der Rückwirkung von Gesetzen<sup>407</sup> (§ 97 *grunnloven*).

In dem Verfahren *Borthen*<sup>408</sup> war strittig, inwieweit die damals neuen Regelungen zur Ehegattenversorgung auch eine Person treffen konnten, welche bereits unter dem alten Recht Rentenleistungen empfangen hatte und infolge der Neuregelung in naher Zukunft einer Minderung der laufenden Rentenbezüge entgegen sehen musste. Bislang hatten verheiratete Rentenempfänger einen Zuschlag mit Fürsorgecharakter erhalten, weil die Versorgung des Ehegatten - in der betreffenden Generation durchweg die Ehefrau - die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Rentenempfängers verminderte.

Das neue Recht sah zur Abmilderung des Fortfalls dieser Zusatzversorgung einen Ausgleich vor. Trotz der Übergangsregelung reduzierte sich die Rente des Klägers

---

<sup>402</sup> Ot.prp. nr. 116 (2001-2002), S. 21.

<sup>403</sup> § 105 grl. im Originaltext: „Fordrer Statens Tary, at Nogen maa afgive sin rørlige eller urørlige Eiendom til offentlig Brug, saa bør han have fuld Erstatning af Statskassen.“ Zur Paralleldiskussion im dänischen Recht, insbes. § 73 grundloven, vgl. Ketscher, S. 257.

<sup>404</sup> Vgl. nur die Rechtsprechung des BVerfG zum Schutz von Rentenanswartschaften und anderen sozialrechtlichen Positionen durch Art. 14 GG: BVerfGE 53, 257; BVerfGE 87, 234 und BVerfGE 97, 271.

<sup>405</sup> Vgl. die rechtsvergleichende Arbeit von Elliasson, der den Schutz von Rentenanswartschaften in Schweden, Deutschland und Norwegen vergleicht.

<sup>406</sup> Dazu Odberg, L&R 1999, S. 78 ff.

<sup>407</sup> Dazu umfassend Smith, L&R 1997, S. 195 ff.

<sup>408</sup> Urteil vom 08.11.1996, 76/B 1996, Rt. 1996, S. 1415 ff. Vgl. zum vorinstanzlichen Urteil, die Borthens Klage stattgab: Halvorsen, Sosial Trygd Nr. 2 1996, S. 5.

erheblich. Dies wurde von den Richtern als „spürbarer Eingriff“<sup>409</sup> in seine Rechte anerkannt. Im Urteil wurde zudem die Frage aufgeworfen, inwieweit das Maß des Schutzes bei einzelnen sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen nach dem Erwerbsgrund unterschieden werden muss. So beschäftigte das Gericht zunächst die Frage nach der Schutzwürdigkeit solcher Rechts- oder Vermögenspositionen, welche nicht durch eigene Beiträge erworben wurden. Handle es sich zum Beispiel um Leistungen der sozialen Fürsorge, welche lediglich bedarfsorientiert gewährt werden und sich nicht am zuvor erzielten Einkommen bemessen, sei ein vermindertes Schutzniveau denkbar.<sup>410</sup> Anders hingegen verhalte es sich bei Anwartschaften, welche durch den eigenen Erwerb von Rentenansprüchen entstünden, bei denen mit anderen Worten eine Leistungsäquivalenz bestünde. Wegen des ähnlichen Charakters dieser Ansprüche mit anderen, privatrechtlichen Ansprüchen aus Vertrag oder ähnlich erworbenen Rechtspositionen, für welche unzweifelhaft verfassungsrechtlicher Eigentumsschutz garantiert wird, genossen diese Anwartschaften auch den höchsten Schutz.<sup>411</sup> Somit wäre bei der hier in Frage stehenden Grundrente ein verminderter eigentumsrechtlicher Schutz denkbar. Das Gericht verwarf diesen Gedanken jedoch und stellte fest, dass in dieser Rechtssache die Frage, ob, und in welchem Umfang der Versicherte selbst Beiträge zur Rentenversicherung getragen habe, in den Hintergrund trete. Nach der Ansicht des Gerichtes war schon zweifelhaft, ob die Unterscheidung von der Mehrheit der Bevölkerung wahrgenommen werde.<sup>412</sup> Denn die Bevölkerung, welche die Leistungen der sozialen Sicherungssysteme einerseits durch eigene Beiträge finanziere, andererseits aber durch die ihr auferlegten Steuern und Abgaben, baue auf einen späteren Leistungsbezug. Wegen der überragend wichtigen Bedeutung dieser Leistungen zur Sicherung des Lebensstandards sei die Unterscheidung zwischen einkommensabhängigen und einkommensunabhängigen Sozialleistungen für den zu entscheidenden Fall nicht von Bedeutung. Insofern müsse allen Sozialleistungen genau derselbe Schutz zukommen. Weiter sei der Schutz von Sozialversicherungsanwartschaften im norwegischen Recht einfachgesetzlich normiert<sup>413</sup> und grundsätzlich Änderungen des Gesetzgebers zugänglich. Die politischen Versprechen des Staates an die Bevölkerung im Hinblick auf deren finanzielle Lebensplanung könnten aber nicht

---

<sup>409</sup> Rt. 1996, S. 1432.

<sup>410</sup> Kjønstad, Trygderettighetenes Grunnlovsværn, S. 93 ff.

<sup>411</sup> So Kjønstad, Trygderettighetenes Grunnlovsværn, S. 105 f., der darum die Aufnahme einer Bestimmung ins Grundgesetz fordert, welche den Schutz des Mindestbedarfs von Sozialleistungen garantiert.

<sup>412</sup> Rt. 1996, S. 1427.

<sup>413</sup> § 25-14 folketrygdloven; zuvor § 18-11 folketrygdloven.

beliebig zurückgenommen werden, sobald es die Staatsfinanzen erforderten. Denn die zuvor gemachten Zusagen begründeten berechnete Erwartungen der Versicherten, welche von elementarer Bedeutung für die Nacherwerbsphase wären. Zwar nehme der Eigentumsschutz des § 105 *grunnloven* dem Gesetzgeber nicht jede Möglichkeit zur Korrektur des Rentenversicherungsrechts oder gebiete gar, dass eine für die Versicherten nachteilige Änderung des Rentenrechts für immer ausgeschlossen sei. Geboten sei indes eine Abwägung der widerstreitenden Interessen des Anspruchsberechtigten einerseits und der staatlichen Interessen andererseits.<sup>414</sup> Es stünden individuelle Erwartungen auf – möglichst hohe – Sozialleistungen und das vitale Interesse des Staates an der Möglichkeit zur Vornahme von Korrekturen im Sozialrecht im Widerspruch. Um der dauerhaften Finanzierbarkeit sozialer Sicherungssysteme Willen könne der Staat nicht gehindert sein, Anpassungen im Leistungsrecht vorzunehmen.<sup>415</sup> Das individuelle Interesse am absoluten Schutz von vormals erworbenen Ansprüchen müsse regelmäßig dahinter zurückbleiben, sofern die legislativen Eingriffe nicht zu einer unerträglichen Entwertung der sozialversicherungsrechtlichen Position führten, d.h. nicht „unbillig oder ungerecht“<sup>416</sup> seien. Dieses wenig bestimmte Merkmal sah das Gericht in der Sache *Borthen* als nicht erfüllt an.

Auch im Fall *Thunheim*<sup>417</sup> ging es um die Frage, inwieweit der Staat durch den Eigentumsschutz rentenrechtlicher Ansprüche an gesetzlichen Änderungen im Rentenversicherungsrecht gehindert ist. Kläger war hier der Empfänger einer Berufsunfähigkeitsrente, die durch eine legislative Änderung eines Berechnungsgrundfaktors gemindert wurde. Zwar glich zunächst eine gleichzeitige Erhöhung eines anderen Rentenbestandteils diese Minderung aus, so dass die Neuregelung den Gesamtzahlbetrag vorerst unverändert ließ. Doch es wurde durch das neue Recht das rechnerische Verhältnis zwischen einkommensunabhängiger Grundrente und einkommensabhängigen Zusatzrenten und Rentenzuschlägen berührt - mit dem Resultat, dass die beitragsabhängigen Rentenbestandteile entwertet wurden.

Auch *Anstein Thunheim* verlor seinen Prozess vor dem *Høyesterett*, da die ihn treffende Minderung seiner Rentenbezüge nur von geringem Umfang war. Im Unterschied jedoch zu der Rechtssache *Borthen*, in welcher der finanzielle Verlust für den Kläger höher war, handelte es sich bei *Thunheim* um einen Eingriff in einkommensabhängige Anwartschaften. Damit knüpfte das Gericht wieder an jene

---

<sup>414</sup> Rt. 1996, S. 1427.

<sup>415</sup> Rt. 1996, S. 1428.

<sup>416</sup> Rt. 1996, S. 1430.

<sup>417</sup> Urteil vom 08.11.1996 77B/1996, Rt. 1996, S. 1440 ff.

Unterscheidung an, welche es in der am selben Tage ergangenen anderen Entscheidung als nicht tragfähig erachtet hatte. Dennoch unterstrich das Gericht in einem *obiter dictum*, dass der Fall womöglich anders zu entscheiden wäre, wenn das finanzielle Opfer des Klägers größer gewesen wäre als in dem zu entscheidenden Verfahren. Es wurde in dieser Äußerung sogar ein Betrag beziffert, den das Gericht als Schwelle der Erheblichkeit erachtete, was als „klare Botschaft an jene Rentner, die mehr als *Thunheim* verloren haben“<sup>418</sup>, gesehen wurde.

Zugleich wurde abermals der Unterschied zwischen beiden Verfahren deutlich. In der Rechtssache *Borthen* trat der Eigentumsschutz hinter die Rückwirkungsproblematik zurück. In *Thunheim* betonte das Gericht den Aspekt des Eigentumsschutzes stärker. Dabei wurde offenbar, wie schwer sich beide Gesichtspunkte voneinander trennen lassen.<sup>419</sup>

Es stellt sich die Frage, ob sich verfassungsrechtlicher Eigentumsschutz und der Schutz vor Rückwirkung auch auf das Recht des Gesundheitswesens übertragen lässt. In Frage kommt dabei nur der Schutz von Einkommensersatzleistungen, nicht aber der von Sachleistungsansprüchen. Bei Geldleistungen wie dem Krankengeld besteht eine Äquivalenz zwischen dem einkommensabhängigen Beitrag und der Leistungshöhe. Es handelt sich somit um eine Leistung, für welche der Schutzbereich des § 105 *grunnloven* eröffnet wäre und welche nach der Ansicht des *Høyesterett* wegen dieser Leistungsäquivalenz prinzipiell auch dem Schutz der verfassungsrechtlichen Eigentumsgarantie unterfiele. Im Unterschied zum Rentenversicherungsrecht wird man jedoch im Krankenversicherungsrecht gerade langfristige Erwartungen im Hinblick auf einen mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretenden Versicherungsfall nicht erkennen können. Daher muss wegen der geringeren Bedeutung der Rückwirkungsproblematik wohl angenommen werden, dass umgekehrt nur stärkste Eingriffe in eigentumsrechtliche Positionen rechtserheblich sein können. Dem Gesetzgeber ist wegen des Charakters des Krankengelds als Lohnersatzleistung für kürzere Zeiträume ein weiter Ermessensspielraum einzuräumen, sofern er eine Gesetzesänderung im Hinblick hierauf vornimmt. Im Hinblick auf ein neueres Verfahren, die Rechtssache *Klettum* aus dem Jahre 2006<sup>420</sup>, in dem das Bestehen des Eigentumsschutz von

---

<sup>418</sup> Kjønstad, Lov&Rett 1997, S. 288.

<sup>419</sup> Vgl. Smith, S. 386, der von einem „überlappenden Anwendungsbereich“ beider Normen spricht und meint, das Verhältnis zwischen ihnen bedürfe keiner

<sup>420</sup> Rt. 2006, S. 262. Vgl. Høgberg, FAB 2006, S. 161 ff.

Versorgungsanwartschaften abermals abgelehnt wurde, ist in der Praxis eine Ausweitung dieses Schutzes eher nicht zu erwarten.

## **2. Supranationale und internationale Rechtsquellen**

Aufgrund der staatsbildenden, ja staatstragenden Bedeutung des Sozialrechts ergibt sich zwar, dass die Kompetenz zur Setzung sozialrechtlicher Normen ganz überwiegend bei ihm selbst liegt. Daher muss sich auch das Recht des Gesundheitswesens wesentlich auf nationale Rechtsquellen stützen. Dennoch bleibt dieser Teil der Rechtsordnung nicht unberührt von den Rechtsordnungen anderer Staaten oder dem internationalen Recht. Einflüsse des supranationalen und internationalen Rechts sozialer Sicherheit sind so unvermeidlich wie auch gewollt: Sie sollen und müssen die wirtschaftlichen Beziehungen flankieren, welche sich über die Grenzen der Territorialstaaten hinwegsetzen. Daher kann das Sozialrecht eines Staates schon seit geraumer Zeit nicht mehr als ausschließliches Ressort nationaler Rechtssetzung gesehen werden.

### **a) Europäisches Recht**

Für Norwegen, dessen Volk sich ein erstes 1972 und 1994 ein zweites Mal gegen einen EG-Beitritt aussprach, ist das europäische Recht als Rechtsquelle dennoch von entscheidender Bedeutung. Mit der Unterzeichnung des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) am 02. Mai 1992 in Porto und dessen Inkrafttreten 1994 wurde Norwegen zusammen mit den beiden EFTA-Staaten Island und Liechtenstein<sup>421</sup> Teil des Europäischen Wirtschaftsraumes.<sup>422</sup> Durch dieses Abkommen wurden die vier Grundfreiheiten der EG, namentlich des freien Warenverkehrs, der Arbeitnehmerfreizügigkeit, des freien Dienstleistungs- und Kapitalverkehrs auch auf Norwegen ausgedehnt. Dies bedeutet zugleich die Übernahme des *acquis communautaire*, soweit dieser den Binnenmarkt zu verwirklichen bestimmt ist. Dagegen sind jene Regelungen, welche die anderen Grundpfeiler der Europäischen Union ausmachen, wie z.B. die Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik, nicht Gegenstand des Abkommens. Rechtsakte, auf die in den Anhängen zu EWR-Abkommen oder in den Entscheidungen des Gemeinsamen EWR-Ausschusses Bezug genommen wird oder die darin enthalten

---

<sup>421</sup> Die Schweiz gehörte ursprünglich ebenso zu den unterzeichnenden Staaten. Jedoch wurde das Inkrafttreten des Abkommens dort durch eine Volksabstimmung am 06. Dezember 1992 verhindert. Das EWR-Abkommen musste daraufhin in mehrfacher Hinsicht korrigiert werden. Diese Änderungen betrafen auch Liechtenstein, dessen Beitritt zum EWR sich um ein Jahr verschob, weil das Fürstentum zunächst sein Verhältnis zur Schweiz klären musste, mit der zuvor eine Zollunion bestanden hatte.

<sup>422</sup> Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. L 001 vom 03/01/1994 S. 0003 – 0036.



sind, sind für die Vertragsparteien verbindlich und Teil des innerstaatlichen Rechts oder in innerstaatliches Recht umzusetzen (Art. 7 EWR-Abkommen).

Anders als in den EG-Mitgliedsstaaten hat eine EG-Verordnung keine direkte Wirkung in den EWR-Staaten. Nach Art. 7 a) EWR-Abkommen „wird“ ein Rechtsakt, der einer EG-Verordnung entspricht, als solcher in das innerstaatliche Recht der Vertragsparteien „übernommen“. Es bedarf im Falle des Verordnungserlasses einer Umsetzung in das nationale Recht des neuen EWR-Staates mittels eines Transformationsgesetzes,<sup>423</sup> wobei an die Umsetzung des Verordnungsinhaltes höchste Ansprüche im Hinblick auf Genauigkeit und Vollständigkeit zu stellen sind.<sup>424</sup> Durch das in § 2 des Durchführungsgesetzes zum EWR-Abkommen (*EØS-loven*)<sup>425</sup> statuierte Prinzip des Vorranges der Vorschriften des Abkommens gegenüber dem nationalen Recht wird sichergestellt, dass neue Gesetze im Einklang mit dem Recht des Abkommens stehen müssen und entgegenstehendes Recht zu ändern ist. Die Umsetzung der völkerrechtlichen Verpflichtungen des EWR-Abkommens, über welche die *EFTA-Surveillance Authority* wacht, führt schließlich zum gleichen praktischen Ergebnis wie die Direktwirkung von Verordnungen.<sup>426</sup>

Für das norwegische Gesundheitswesen sind zunächst jene Vorschriften von Bedeutung, welche direkt an die Grundfreiheiten des gemeinsamen Marktes geknüpft sind (aa). Dies betrifft die Freizügigkeit für Arbeitnehmer (Art. 39 EG bzw. Art. 28 EWR-Abkommen) und die damit verbundene Verpflichtung zur Durchführung von den auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen (Art. 42 EG bzw. Art. 29 EWR-Vertrag). Daneben entfalten zahlreiche andere Rechtsinstitute des Abkommens ihre Wirkung auf das norwegische Recht (bb).

#### **aa) Freizügigkeit und Sozialversicherungsrecht**

Die Voraussetzung für die Ausübung der Freizügigkeit von Personen ist ihr sozialer Schutz.<sup>427</sup> Gemäß Art. 29 EWR-Abkommen in Verbindung mit dem allgemeinen Diskriminierungsverbot des Art. 4 EWR-Abkommen ist sicherzustellen, dass EWR-Bürger keine Verluste ihres versicherungsrechtlichen

---

<sup>423</sup> Ot.prp.nr 79 (1991-92); Seierstedt/Arnesen/Rognstad/Foyn/Stemshaug, S. 132. Die herrschende Lehre sieht in Norwegen einen Vertreter des dualistischen Prinzips, wonach jegliches Völkerrecht zur Entfaltung seiner Geltung auf nationaler Ebene eines Transformationsgesetzes bedarf. Einzelne Autoren vertreten die Gegenposition, d.h. das Monismus-Prinzip. Näher zum Streitstand: Christiansen, S. 12 ff.

<sup>424</sup> Bull, Lov&Rett 1992, S. 596.

<sup>425</sup> Lov av 27. november 1992 nr. 109 om gjennomføring i norsk rett av hoveddelen i avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) m.v. (EØS-loven).

<sup>426</sup> Bull, Lov&Rett 1992, S. 597.

<sup>427</sup> Eichenhofer, Sozialrecht der EU, Rn. 49 ff.

Schutzes hinnehmen müssen, wenn sie etwa eine Arbeit in einem anderen Mitgliedsstaat aufnehmen. Für die skandinavischen Länder war die Idee eines gemeinsamen Arbeitsmarktes nichts Unbekanntes.<sup>428</sup> Zu den ersten multilateralen Verträgen zwischen den Staaten des im Jahre 1952 etablierten Nordischen Rates gehörte das „Abkommen über einen gemeinsamen nordischen Arbeitsmarkt“<sup>429</sup>, welches im Jahre 1982 durch ein inhaltlich weitgehend ähnliches Abkommen<sup>430</sup> ersetzt wurde.

Im September 1955 unterzeichneten die Regierungen von Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden die Konvention über soziale Sicherheit (*Konvensjon om sosial trygghet*).<sup>431</sup> Durch sie wurde sichergestellt, dass einem Einwohner eines Vertragsstaates in jedem anderen der Staaten die gleichen Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen zustehen, wie dessen Einwohnern (Art. 3). Nach Art. 4a galt das Prinzip der Zusammenrechnung von Anwartschaftszeiten für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen und Art. 6 ff. sicherten den Personen im neuen Wohnsitzland den Zugang zu den Versorgungssystemen des Gesundheitswesens zu den gleichen Bedingungen, die für die dortigen Einwohner galten.

Von besonderer Bedeutung für das Gesundheitswesen war die ergänzende Übereinkunft Norwegens, Dänemarks, Islands und Schwedens über den Wechsel zwischen Krankenkassen und die medizinische Versorgung bei kurzfristigem Aufenthalt.<sup>432</sup> Sie sicherte dem im einen Land Versicherten bei Wohnsitznahme im anderen Land das Recht zum Eintritt in dessen Gesundheitssystem. Zudem regelte die Übereinkunft, dass Versicherte bei kurzfristigem Aufenthalt im anderen Vertragsstaat als dort versichert galten und folglich medizinische Behandlung zu den Bedingungen des Aufenthaltsstaates in Anspruch nehmen konnten. Mit anderen Staaten, wie etwa dem Vereinigten Königreich<sup>433</sup> und Frankreich<sup>434</sup>, schloss Norwegen bereits in den 1950er Jahren umfassende Sozialversicherungsabkommen.

Im Recht der EG ist Kernstück des Rechts zur Koordinierung nationaler Sozialversicherungsordnungen die „Verordnung 1408/71 zur Anwendung der

---

<sup>428</sup> Gjønnes/Knudsen-Knudsen, S.338.

<sup>429</sup> Overenskomst av 22. mai 1954 om felles nordisk arbeidsmarked.

<sup>430</sup> Overenskomst av 6. mars 1982 om felles Nordisk Arbeidsmarked. Inkraftgetreten am 01.08.1984.

<sup>431</sup> In Kraft seit dem 01.11.1956. Abgedruckt: Norges Traktater Bind II, 1945-1955, S. 662 ff.

<sup>432</sup> Overenskomst mellom Norge, Danmark, Island og Sverige om overflytting mellom sykekasser samt om sykehjelp under midlertidig opphold av 19. desember 1956.

<sup>433</sup> Konvensjon om sosial trygghet mellom Kongeriket Norge og Det Forente Kongeriket Storbritannia og Nord-Irland av 25.juli 1957. Abgedruckt bei: Ohldieck/Litré/Rygh, § 131.

<sup>434</sup> Konvensjonen mellom Kongeriket Norge og Frankrike om sosial trygd av 30. september 1954.

Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern“.<sup>435</sup> Diese Vorschrift wurde ergänzt durch eine Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72.<sup>436</sup> Sie wurde Ende April 2004 durch die VO (EWG) 883/2004 ersetzt, deren Inkrafttreten aber erst vom Inkrafttreten der ebenfalls neu gefassten Durchführungsverordnung abhängt.<sup>437</sup>

Durch den EWR-Beitritt wurden diese koordinationsrechtlichen Vorschriften auch für Norwegen relevant. Es wurden somit Gesetzesänderungen notwendig, welche die europäischen Vorschriften in nationales Recht umsetzten.<sup>438</sup>

Norwegen wählte zur Umsetzung der VO (EWG) 1408/71 und VO (EWG) 574/72 die Verordnung (*forskrift*) als Normtypus. § 25-15 *folketrygdloven* und andere spezialgesetzliche Normen ermächtigen das Gesundheitsministerium (*Sosial – og Helsedepartement*) zum Erlass von das materielle EG-Recht umsetzenden Verordnungen.<sup>439</sup> Durch die Verordnung vom 04.12.1992 Nr. 914<sup>440</sup> wurden beide EWG-Verordnungen in nationales Recht inkorporiert.<sup>441</sup> Die VO (EWG) 883/2004 wurde bislang noch nicht in das nationale Recht umgesetzt, da die notwendige Durchführungsverordnung bislang noch nicht in Kraft trat. Ebenso wie für die vorherige Verordnung ist eine Umsetzung in nationales Recht durch eine Vorschrift des zuständigen *Sosial- og Helsedepartement*s geplant.<sup>442</sup>

## **bb) Weitere Rechtsquellen des EWR-Abkommens**

Für das Gesundheitssystem können auch andere Rechtsinstitute des EWR-Rechts Bedeutung erlangen. Eng mit der Freizügigkeit für Arbeitnehmer verbunden ist die Pflicht zur gegenseitigen Anerkennung von Diplomen, Prüfungs- oder sonstigen Fähigkeitsnachweisen (Art. 30 EWR-Abkommen). Diese Vorschrift ist unverzichtbar im Hinblick auf die Arbeitnehmerfreizügigkeit, da ohne die

---

<sup>435</sup> Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971; Abl. EG Nr. L 149 vom 05/07/1971 S. 0002 - 0050

<sup>436</sup> Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972; Abl. EG Nr. L 074 vom 27/03/1972 S. 0001 - 0083

<sup>437</sup> Vgl. Art. 91 VO (EWG) 883/2004.

<sup>438</sup> Vgl. Lov av 27. november 1992 nr. 120 om endringer i lov av 17.juni 1966 nr.12 om folketrygd.

<sup>439</sup> Zur Umsetzung: Statssekretærutvalget - EF-arbeidsgrupper, S. 3 ff.

<sup>440</sup> Forskrift av 04. desember 1992 nr. 914 om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen. Änderungen im norwegischen Recht machten eine Anpassung dieser Vorschrift notwendig. Sie wurde am 25. April 1997 durch die Forskrift nr. 384 abgelöst und hernach durch die Forskrift av 01. desember 2000 nr. 1204 ersetzt. Die derzeit gültige Fassung ist die Forskrift av 30. juni 2006 nr. 731 om om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen.

<sup>441</sup> Abdruck der Rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 in St.prp. 100 (1991-92), særskilt vedlegg nr. 2, bind. 10-11 (B) Nr.1

<sup>442</sup> Utenriksministeriets Kommenterte lister til Stortinget 2004, Oversikt over antatt EØS relevante forslag til EF-rettsakter – november 2004 Vedlegg VI; Nr. 32004 R 0883.

Anerkennung von Befähigungsnachweisen der Arbeitsmarkt eines anderen Mitgliedsstaates verschlossen bleibt. An Art. 30 EWR-Abkommen knüpfen zahlreiche sekundärrechtliche Vorschriften zur gegenseitigen Anerkennung von beruflichen Befähigungsnachweisen an. Für Ärzte (RiLi (EWG) 93/16)<sup>443</sup>, Zahnärzte (RiLi (EWG) 78/686)<sup>444</sup>, Krankenpfleger (RiLi (EWG) 77/452)<sup>445</sup>, Hebammen (RiLi (EWG) 80/154)<sup>446</sup> und Pharmazeuten (RiLi (EWG) 85/433)<sup>447</sup> sind die im Ausbildungsland erworbenen Abschlüsse denen im Aufenthaltsland gleichgestellt. Für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitswesen ist die im dritten Kapitel des EWR-Abkommens (Art. 36 ff.) festgeschriebene Dienstleistungsfreiheit von Bedeutung.<sup>448</sup>

Daneben gibt es zwischen dem europäischen Sozial- und dem europäischen Wirtschaftsrecht zahlreiche Berührungspunkte. Von Bedeutung sind hier vor allem die Vorschriften des europäischen Wettbewerbs- und Beihilferechts (Art. 53-64 EWR-Abkommen).

Schließlich dürfen die im Recht der Europäischen Gemeinschaften ergangenen Richtlinien für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz nicht unerwähnt bleiben. Diese Vorschriften sind Teil des europäischen harmonisierenden Sozialrechts. Sie führen – ihre Umsetzung auf nationaler Ebene vorausgesetzt – zu einer Rechtsangleichung in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Nach Art. 67 Abs.1 EWR-Abkommen bemühen sich die Vertragsstaaten, „die Verbesserung insbesondere der Arbeitsumwelt zu fördern, um die Sicherheit und die Gesundheit der Arbeitnehmer zu schützen“. Eingangstor für das europäische harmonisierende Sozialrecht ist hier Artikel 67 Abs. 2 EWR-Abkommen. Danach sind die in Anhang XVIII aufgeführten Mindestvorschriften auch für Norwegen, Island und Liechtenstein zwingendes Recht. Nationale Schutzvorschriften dürfen im Hinblick auf die Stärke des Schutzniveaus die europäischen Vorschriften zwar über-, aber nicht unterschreiten. Die Richtlinien, welche in Anhang XVIII aufgezählt werden, wurden in Norwegen durch Änderungen des Arbeitsumweltgesetzes (*arbeidsmiljøloven*)<sup>449</sup> sowie allgemeinverbindliche

---

<sup>443</sup> Amtsblatt Nr. L 165 vom 07/07/1993 S. 1 - 24.

<sup>444</sup> Amtsblatt Nr. L 233 vom 24/08/1978 S. 1 - 9.

<sup>445</sup> Amtsblatt Nr. L 176 vom 15/07/1977 S. 1 - 7.

<sup>446</sup> Amtsblatt Nr. L 033 vom 11/02/1980 S. 1 - 7.

<sup>447</sup> Amtsblatt Nr. L 253 vom 24/09/1985 S. 37 - 42.

<sup>448</sup> Kjønstad-Kompendium, S. 44.

<sup>449</sup> Lov av 02. februar 1977 nr 04 om arbeidervern og arbeidsmiljø. Das Gesetz ist zwischenzeitlich durch das Lov av 17. juni 2005 nr 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (*arbeidsmiljøloven*) ersetzt worden.

Verordnungen des Arbeitsministeriums (*Arbeids- og inkluderingsdepartement*) umgesetzt.

## **b) Völkerrecht**

Norwegen hat sich internationalen Abkommen unterworfen, unter deren Vielzahl vor allem drei Konventionen Bedeutung für Wohlfahrtsstaat und Gesundheitswesen entfalten. Es handelt sich dabei um die Europäische Menschenrechtskonvention vom 04. November 1950<sup>450</sup>, um den Internationalen Pakt über Bürgerliche und Politische Rechte vom 16. Dezember 1966<sup>451</sup> sowie um den Internationalen Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte vom 16. Dezember 1966.<sup>452</sup> Vor der gesetzlichen Verankerung der Menschenrechte im norwegischen Recht war lange unklar, ob sich einzelne Bürger auf die Geltung von Menschenrechten berufen konnten.<sup>453</sup>

Mittlerweile wurden die drei genannten völkerrechtlichen Verträge durch das „Gesetz zur Stärkung der Stellung von Menschenrechten“ (*menneskerettsloven*)<sup>454</sup> in nationales Recht transformiert.<sup>455</sup> Ebenso wie im EWR-Recht gilt dabei das Vorrangprinzip. Danach darf das norwegische Recht nicht im Widerspruch zu den vorrangigen Regelungen der Abkommen stehen. Zusätzliches Gewicht erhält der Schutz der Menschenrechte durch den im Jahre 1994 eingefügten § 110c *grunnloven*, welcher die staatliche Gewalt zur Achtung und Sicherung der Menschenrechte verpflichtet.

## **3. Rechtsquellen im einfachen Recht**

Das norwegische Sozial- und Gesundheitsrecht mutet wegen der Vielzahl gesetzlicher Vorschriften kompliziert an. Es finden sich etwa allgemeine sozialrechtliche Vorschriften, die auch das Gesundheitswesen betreffen; daneben stehen berufsrechtliche Vorschriften, aus denen den Angehörigen der Heilberufe Verpflichtungen erwachsen. Zudem reagierte der norwegische Gesetzgeber in der Vergangenheit häufig mit der Verabschiedung von Maßnahmegesetzen auf das Auftreten bestimmter Krankheiten. Sie stehen neben jenen Gesetzen, die für die organisatorische Struktur des norwegischen Gesundheitssystems maßgeblich

---

<sup>450</sup> Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK).

<sup>451</sup> Forenede nasjonens konvensjon om sivile og politiske rettigheter.

<sup>452</sup> International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

<sup>453</sup> Vgl. RT 1961, S. 1350; 66, S. 476; 1981, S.770;

<sup>454</sup> Lov av 21. mai 1999 nr 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (*menneskerettsloven*).

<sup>455</sup> Lov av 21. mai 1999 nr 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (*menneskerettsloven*). Vgl. Christiansen, S. 26.

sind.<sup>456</sup> Es soll im Fortgang versucht werden, einen Überblick über diese Normenvielfalt zu geben.

Die Gesetzgebung zum norwegischen Gesundheitswesen ist in drei Hauptgruppen einzuteilen. Es handelt sich dabei um das Gesundheitsrecht, um das Sozialversicherungs- und das Sozialhilferecht. In jedem der drei Rechtsgebiete hat der Gesetzgeber die zuständigen Ministerien mit umfangreichen Rechtssetzungskompetenzen ausgestattet. Daher ist der überwiegende Teil der Rechtsnormen, vor allem technische und detaillierte Regelungen in Verordnungen (*forskrift*) geregelt, von denen im Fortgang der Untersuchung nur auf die wichtigsten hingewiesen werden kann.

### **a) Gesundheitsrecht**

#### **aa) Patientenrechte**

Im Patientenrechtegesetz (*pasientrettighetsloven*) vom 2. Juli 1999 wurden zentrale Vorschriften über die Rechtsstellung der Patienten bei medizinischer Behandlung zusammengefasst. Einige Vorschriften fanden sich zuvor im Straf- oder Berufsrecht der Ärzte, wie z.B. das allgemeine Informationsrecht und das Einsichtsrecht in die Krankenakte.<sup>457</sup> Andere grundlegende Patientenrechte, die vorher unzureichend gestaltet waren, fanden in diesem Gesetz erstmalig ausdrückliche Aufnahme. Dazu gehören zum Beispiel das Recht auf eine notwendige ambulante oder stationäre Behandlung, eine Zweitmeinung, die freie Wahl des Krankenhauses oder einen individuellen Behandlungsplan sowie weitere Informations- und Akteneinsichtsrechte. Mit Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes reagierte das Parlament auf den Unmut der Bevölkerung über lange Wartezeiten und den Einsatz verschiedener Patientenorganisationen, welche seit langer Zeit eine Regelung einklagbarer Ansprüche forderten.

Am selben Tag verabschiedete das *Storting* das Gesetz über den Schutz bei psychischen Erkrankungen (*psykisk helsevernloven*)<sup>458</sup>, welches ergänzend zum Patientenrechtegesetz die Rechtsstellung psychiatrischer Patienten regelt. So finden sich in den §§ 3-1 ff. Vorschriften über die Anwendung von Zwang und Bestimmungen über Eingriffe ohne die Zustimmung der Patienten. Neben

---

<sup>456</sup> Vgl. nur die Gesetze zur Bekämpfung der Tuberkulose und zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (lov 8.mai 1900 angående særegne foranstaltninger mot tuberkulose sykdommer, lov 12.desember 1947 nr. 4 om åtjerder mot kjønnsykdommer).

<sup>457</sup> §§ 45-46 legeloven.

<sup>458</sup> Lov av 2.juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

Patientenrechten finden sich Normen, die den Betrieb psychiatrischer Einrichtungen regeln.<sup>459</sup>

Mit dem Gesetz über Patientenschäden (*pasientskadeloven*<sup>460</sup>) vom 15.06.2001 reagierte der Gesetzgeber auf die Unzulänglichkeiten des allgemeinen Schadensersatzrechts, das bei durch Eingriffe im Gesundheitswesen entstandenen Schäden an Körper und Gesundheit kaum Abhilfe schaffen konnte.<sup>461</sup>

## **bb) Primärversorgung und Spezielle Versorgung**

Die Begriffe „Primärversorgung“ und „spezielle Versorgung“ folgen vor allem der im angelsächsischen, vornehmlich nordamerikanischen Rechtsraum vorherrschende Einteilung von Leistungen des Gesundheitssystems. Mit dem englischen Begriff *special care* oder dem norwegischen *spesialisthelsetjenesten* ist die Akut- oder stationäre Versorgung gemeint. Es ist der Teil der medizinischen Versorgung, der nicht vom Hausarzt bzw. Allgemeinmediziner erbracht werden kann, weil dies eine besondere technische Ausstattung voraussetzt sowie besonders geschultes Personal erforderlich ist. Dies sind regelmäßig die Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen, in welchen Patienten mit ernsthaften Erkrankungen versorgt werden können.<sup>462</sup>

Die Primärversorgung ist durch das Gesetz über den kommunalen Gesundheitsdienst (*kommunehelsetjenesteloven*)<sup>463</sup> geregelt. Darin wird den Kommunen die Verantwortung für die allgemeine Gesundheitsversorgung der Einwohner der ländlichen oder städtischen Gemeinde zugewiesen. Daneben gehört zur Primärversorgung die zahnärztliche Behandlung, welche ihre Regelung im *tannhelsetjenesteloven*<sup>464</sup> findet.

Das Krankenhauswesen Norwegens wird von drei Gesetzen bestimmt. Gegenstand des Gesetzes über die spezielle Versorgung (*spesialisthelsetjenesteloven*) vom 02.07.1999<sup>465</sup> ist die stationäre Versorgung. Es

---

<sup>459</sup> Es läßt sich darum ebenso dem norwegischen Krankenhauswesen zuordnen. Diese Einteilung wählt Ohnstad, S. 18.

<sup>460</sup> Lov om erstatning ved pasientskader (*pasientskadeloven*) av 15.juni 2001 nr. 53.

<sup>461</sup> Andenæs/MolvenRasmussen/Sandberg/Warberg-Warberg, S. 345. Dazu im Detail S. 177 ff.

<sup>462</sup> Der Begriff *spesialisthelsetjenester* wird nicht im Gesetz definiert. Die Unterscheidung zwischen Primärversorgung und spezieller Versorgung ist allerdings geprägt von einem Subsidiaritätsgedanken. Die Gesetzesvorarbeiten sprechen von einem Sammelbegriff für alle Aufgaben des Gesundheitswesens, deren Erfüllung durch die Kommunen man nicht für zweckmäßig hielt (Ot. prp. nr. 10 (1998-1999), S. 10 und 12). *spesialisthelsetjenester* sind also alle Gesundheitsdienstleistungen, die nicht im Rahmen der Primärversorgung erfüllt werden können.

<sup>463</sup> Lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (*kommunehelsetjenesteloven*).

<sup>464</sup> Lov av 03.juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (*tannhelsetjenesteloven*).

<sup>465</sup> Lov av 2.juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (*spesialisthelsetjenesteloven*).

weist dem Staat die Verantwortung für die gesamte spezielle Versorgung zu und regelt die Pflichten der Krankenhäuser. Das Gesetz ist zudem Ermächtigungsgrundlage für ausführende Verordnungen des Gesundheitsministeriums und umfasst mit ihnen den größten Teil des norwegischen Krankenhausrechts. Es wird ergänzt durch besondere Vorschriften für den Betrieb von psychiatrischen Einrichtungen durch das oben bereits erwähnte *psykisk helsevernloven*.

Das dritte wichtige Gesetz für das Krankenhauswesen ist das Gesetz über die Gesundheitsunternehmen (*helseforetaksloven*) vom 01.01.2002. Es war die Grundlage für eine umfangreiche Reform des Krankenhauswesens. Regelungsgegenstand sind die Übereignung und Überführung der Verantwortung für die Krankenhäuser von den *fylkeskommunen* zum norwegischen Zentralstaat. Diese Reform sollte zur vereinfachten Verwaltungsstruktur führen, eine bessere Ausnutzung der klinischen Kapazitäten sichern und die Wartelisten für die Patienten verkürzen.

### **cc) Berufsrecht**

Am 02.07.1999 wurde das Gesetz über die im Gesundheitswesen Beschäftigten (*helsepersonelloven*) erlassen.<sup>466</sup> Es fasst das Berufsrecht der im Gesundheitswesen Beschäftigten zusammen und ersetzt neben dem alten Ärztegesetz (*legeloven*) auch das Berufsrecht für Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Psychologen. Die neuen Vorschriften entfalten gemäß § 48 *helsepersonelloven* Geltung gegenüber 27 verschiedenen Berufen, beginnend vom *ambulansearbeider* (Rettungssanitäter/Krankenwagenfahrer) bis hin zum *vernepleier* (Heil- bzw. Sozialpädagoge). Geregelt werden darin die Anforderungen an die Ausbildung und die Rechtspflichten bei der Berufsausübung.

### **b) Volksversicherungsrecht**

Das Sozial- bzw. Volksversicherungsrecht ist im Gesetz über die Volksversicherung (*folketrygdloven*)<sup>467</sup> geregelt. Es normiert die Voraussetzungen und Bedingungen für die Sozialversicherungsleistungen, welche grundsätzlich die gesamte Bevölkerung beanspruchen kann. Das *folketrygdloven* soll den Einkommensausfall beim Eintritt verschiedener Risiken ausgleichen. Zu ihnen gehören Arbeitslosigkeit, Schwangerschaft und Geburt, Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, und Alter (§ 1-1 *folketrygdloven*). Zudem werden Aufgaben

---

<sup>466</sup> Lov av 02.juli 1999 nr 64. om helsepersonell (*helsepersonelloven*)

<sup>467</sup> Lov av 28.februar 1997 nr. 19 om folketrygd (*folketrygdloven*).



des sozialen Ausgleichs erfüllt: Zu den Tatbeständen, an welche der Bezug von Sozialleistungen geknüpft ist, gehört etwa die Stellung als Elternteil.<sup>468</sup> Das Gesetz soll Hilfe zur Selbsthilfe sein, d.h. dem Einzelnen ermöglichen, sein tägliches Leben allein zu bestreiten.<sup>469</sup> Daneben postuliert das Gesetz ein Grundprinzip norwegischer Sozial- und Wohlfahrtspolitik: zweifachen Ausgleich, d.h. zum einen den intertemporalen Ausgleich des sich verändernden Einkommensniveaus im Lebensverlauf des einzelnen Versicherten und zum anderen den interpersonellen Ausgleich des Einkommensniveaus verschiedener Personengruppen.<sup>470</sup> Neben den allgemeinen Bestimmungen über die Versicherungsmitgliedschaft, organisationsrechtlichen Bestimmungen sowie Regelungen über den Rechtsschutz sind für das Gesundheitswesen vor allem der vierte Teil des *folketrygdloven* von Bedeutung.<sup>471</sup> Dort finden sich Regelungen über die Kostenerstattung der Heilbehandlung,<sup>472</sup> Unterstützungsleistungen bei chronischen Erkrankungen,<sup>473</sup> Leistungen im Todesfall<sup>474</sup>, das Krankengeld<sup>475</sup> und Leistungen der Rehabilitation bei Erwerbsunfähigkeit.<sup>476</sup> Das ursprüngliche *folketrygdloven* von 1966 fasste die bisher bestehenden Gesetze der einzelnen Sozialversicherungszweige Arbeitslosenversicherung, Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung zusammen. Die Familienförderung ist in einem besonderen Gesetz geregelt, dem Gesetz über die Kindersicherung (*barnetrygdloven*)<sup>477</sup>.

### c) Sozialhilferecht

Für die gesamte Bevölkerung findet das „Gesetz über soziale Dienste“ (*sosialtjenesteloven*)<sup>478</sup> Anwendung. Es schreibt die kommunale und staatliche Verantwortung für den sozialen Schutz der Bevölkerung fest, um die wirtschaftliche und soziale Sicherheit zu fördern, die Lebensbedingungen sozial Schwächerer zu verbessern, den Einzelnen zu selbständigem Leben und Wohnen zu verhelfen und sozialen Notlagen vorzubeugen (§ 1 *sosialtjenesteloven*).<sup>479</sup> Für die Sach- und Geldleistungen nach dem Sozialhilfegesetz gilt das Nachrangprinzip. Anspruch auf Sozialhilfe besteht, soweit kein vorrangiger

<sup>468</sup> §§ 15-1 ff. *folketrygdloven*.

<sup>469</sup> § 1-1 S. 3 *folketrygdloven*.

<sup>470</sup> § 1-1 S. 2 *folketrygdloven*.

<sup>471</sup> §§ 5-1 – 13-17 *folketrygdloven*.

<sup>472</sup> §§ 5-1 – 5-26 *folketrygdloven*.

<sup>473</sup> §§ 5-27 – 6-9 *folketrygdloven*.

<sup>474</sup> §§ 7-1 – 7-5 *folketrygdloven*.

<sup>475</sup> §§ 8-1 – 8-54 *folketrygdloven*.

<sup>476</sup> §§ 8-55 – 13-17 *folkeytrygdloven*.

<sup>477</sup> Lov av 08. mars 2002 nr. 4 om barnetrygd.

<sup>478</sup> Lov av 13. desember 1992 om sosiale tjenester (*sosialtjenesteloven*).

<sup>479</sup> Zum norwegischen Sozialhilferecht sehr instruktiv Lødemel, ZIAS 1992, S. 322 ff.

Anspruch aus privatem oder aus öffentlichem, zumeist volksversicherungsrechtlichem Recht geltend gemacht werden kann. Für die Gesundheitsversorgung spielt dies dann eine Rolle, wenn die Anspruchsvoraussetzungen auf Leistungen nach dem *folketrygdloven* nicht erfüllt sind. Es ist möglich, dass ein Anspruch zwar dem Grunde nach besteht, aber der Leistungsumfang zur Bedarfsdeckung nicht ausreicht. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf ergänzende Sozialhilfe. Den Kommunen als Trägern der Sozialhilfe kommt gemäß § 7-5 *sosialtjenesteloven* auch die Verantwortung für Planung, Einrichtung und Betrieb der Alten- und Pflegeheime zu.

Besonderen Schutz für Kinder und ihre Eltern sichert das Gesetz über den Kinderschutz (*barnevernloven*)<sup>480</sup>. Es sichert Kindern und Jugendlichen, welche unter die Gesundheit und Entwicklung gefährdenden Bedingungen leben, den Erhalt notwendiger Hilfe und Pflege (§ 1 *barnevernloven*). Beide Gesetze weisen die Hauptverantwortung für alle Leistungen sozialer Schutzeinrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe den Kommunen zu.

#### **d) Weitere Gesetze zum Gesundheitswesen**

Das am 1. März 2001 in Kraft getretene Apothekengesetz (*apotekloven*) regelt die Versorgung mit Arzneimitteln neu.<sup>481</sup> Norwegen entschied sich für eine Öffnung seines Arzneimittelmarktes und sah den Betrieb von Apotheken nunmehr als gewerblichen Betrieb an.<sup>482</sup>

Das Gesundheitsregistergesetz (*helseregisterloven*)<sup>483</sup> bestimmt die Datenerfassung zum Gesundheitszustand der norwegischen Bevölkerung. Es dient damit auch der Bewertung und Verbesserung der Qualität des norwegischen Gesundheitswesens. Der zweite Pfeiler für Kontrolle und Bewertung des Gesundheitswesens ist das Gesetz über die staatliche Aufsicht für Gesundheitsleistungen (*helsetilsynsloven*)<sup>484</sup>. Es weist Staat und Provinzen die Aufgabe zu, über die Einhaltung der Vorschriften des Gesundheitssystems zu wachen. Der Gesetzgeber reagierte in der Vergangenheit mit zahlreichen besonderen Maßnahmegesetzen auf Fehl- oder neue Entwicklungen im Gesundheitswesen. Hierzu zählen das Sterilisierungsgesetz (*steriliseringsloven*)<sup>485</sup>, das Transplantationsgesetz (*transplantasjonsloven*)<sup>486</sup>,

---

<sup>480</sup> Lov av 17.juli 1992 om barneverntjenester (*barnevernloven*).

<sup>481</sup> Lov av 2.juni 2000 nr. 39 om apotek (*apotekloven*).

<sup>482</sup> Andenæs/MolvenRasmussen/Sandberg/Warberg-Warberg, S. 345.

<sup>483</sup> Lov av 18.mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (*helseregisterloven*).

<sup>484</sup> Lov av 30.mars 1984 nr.15 om statlig tilsyn med helsetjenesten (*helsetilsynsloven*).

<sup>485</sup> Lov av 3. juni 1977 nr. 57 om sterilisering (*steriliseringsloven*).

<sup>486</sup> Lov av 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik.

das Gesetz über den Abbruch von Schwangerschaften (*abortloven*)<sup>487</sup>, das Gesetz zum Schutz vor ansteckenden Krankheiten (*smittevernloven*)<sup>488</sup>, das Biotechnologiegesezt (*bioteknologiloven*)<sup>489</sup>, das Gentechnologiegesezt (*genteknologiloven*)<sup>490</sup>, das Gesetz über die Anforderungen an medizinische Ausstattung (*medisinsk utstyr – loven*)<sup>491</sup> und das Biobank-Gesetz (*biobankloven*)<sup>492</sup>.

#### 4. Richterrecht

Die Überprüfung von Verwaltungsentscheidungen ist seit langem gewohnheitsrechtlich anerkannt. Bereits 1818 urteilte das *Høyesterett*, es müsse „eine Stelle ja dem Bürger das Recht gegen den Fehler der Obrigkeit erhalten“<sup>493</sup>. Auch im Sozialrecht als junges Rechtsgebiet erlangt das Richterrecht mittlerweile zunehmende Bedeutung. Dies hat vor allem mit dem generellen Bedeutungswandel von Gerichtsbarkeit und Richterschaft zu tun. Ausgehend von der hergebrachten Sichtweise, dass der Richter bloßes Sprachrohr des Gesetzgebers ist oder mit anderen Worten „der Mund, der den Buchstaben des Gesetzes ausspricht“<sup>494</sup>, hat sich die Bedeutung der Judikative im Rechtssystem in der Vergangenheit von Grund auf verändert. Die Stellung des Gesetzgebers und die Beachtung aller seiner vor und nach Normerlaß bestehenden und entstehenden Motive sind in heutiger Zeit stärker als in der Vergangenheit gerichtlicher Kontrolle unterworfen. Vornehmlich im Sozialrecht hat - vor allem durch die zunehmende Kodifizierung desselben - die Judikative an Bedeutung gewonnen. Die ordentlichen Gerichte und die Vielzahl anderer gerichtsähnlichen Spruchkörpern legen die geschaffenen Bestimmungen mutiger als ihre Vorgänger aus. Obschon die Anzahl der Prozesse und Verfahren im Sozial- und Medizinrecht deutlich niedriger ist als in Deutschland und die Gerichte vergleichsweise zurückhaltend bei der Abwägung individueller Rechtsansprüche gegenüber staatlichen „Allgemeinwohlinteressen“ sind, so zeigt sich die Verrechtlichung des gesamten Rechtsgebietes<sup>495</sup> an der steigenden Anzahl von Verfahren. Die

---

<sup>487</sup> Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd.

<sup>488</sup> Lov av 5. august 1995 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.

<sup>489</sup> Lov av bioteknologi av. 5. desember 2003 nr.100 om humanmedisinsk bruk.

<sup>490</sup> Lov av 02. april 1993 nr. 38 om framstilling og bruk av genmodifiserte organismer.

<sup>491</sup> Lov av 12. januar 1995 nr. 6 om medisinsk utstyr.

<sup>492</sup> Lov av 21. februar 2003 nr. 12 om biobanker (*biobankloven*).

<sup>493</sup> „Et sted maa jo dog borgerne kunde erholde rettet øvrigheds feil.“, zit. nach Aall, Festschrift Nygaard, S. 651.

<sup>494</sup> Bernt, Rettssikkerhetsbegrepet, S. 159.

<sup>495</sup> Brækhus, KJ 1995, S. 75, spricht vom Sozialversicherungsrecht als „neue juristische Disziplin“.

Judikative ist auf diese Weise - um es mit *Jan Fridthof Bernt* zu sagen - zum „Mit-Gesetzgeber“<sup>496</sup> geworden.

## **VI. Leistungserbringer**

Auch in den Gesundheitssystemen der skandinavischen Länder ist eine Vielzahl von Akteuren mit der Leistungserbringung im Gesundheitswesen betraut. Jedoch sind die skandinavischen Staaten weit davon entfernt, das Gesundheitswesen als „Gesundheitsmarkt“ zu betrachten, welcher ausschließlich nach den Regeln des marktwirtschaftlichen Wettbewerbes funktioniert. Andererseits greift auch eine idealtypische Betrachtung nicht, nach der alle Leistungserbringer im Wesentlichen als verlängerter Arm staatlicher Verwaltung die Segnungen des Gesundheitswesens unter das Volk verteilen. Die skandinavische Gesundheitspolitik bietet hier sehr wohl Beispiele für einen Paradigmenwechsel: Vermehrt tauchen neben der Vielzahl fest angestellter Leistungserbringer auch solche auf, die auf eigenes Risiko wirtschaften. So scheint im unwirtlichen hohen Norden Schwedens und Norwegens, wo seit Dekaden Ärztemangel herrscht, eine Festanstellung bei Kommune oder „Landkreis“ nicht attraktiv genug, um die Mediziner anzulocken. Die Staaten haben in den letzten Jahren reagiert und die gesetzlichen Möglichkeiten für eine private Niederlassung und Abrechnung geschaffen, welche von den Ärzten besser angenommen werden.

Darzustellen sind im Weiteren die Rechtsbeziehungen zwischen dem Staat als Leistungsverpflichtetem und den Leistungserbringern sowie die Beziehungen der Leistungserbringer untereinander.

### **1. Primärversorgung**

#### **a) Einführung**

Das norwegische Gesundheitswesen ist dezentraler<sup>497</sup> Ausdruck einer starken Stellung der Kommunen im Staatsaufbau. Diese folgt vor allem aus der niedrigen Bevölkerungsdichte, der Unwegsamkeit der Gebirgslandschaften und dem späten Übergang von einer agrarisch geprägten Wirtschaft zur Industrialisierung. Obwohl Norwegen bereits seit 1814 als Zentralstaat existierte, so blieb doch der Weg von den Dörfern und Kleinstädten an Fjorden und in entlegenen Tälern bis zur Hauptstadt *Kristiania* weit, ja nahezu unüberwindbar. Bis in das 20. Jahrhundert hinein waren zahlreiche Ortschaften erst nach tagelanger Schiffsreise zu erreichen. Eine praktikable Verwaltung und Steuerung war von Ferne nicht

---

<sup>496</sup> Bernt, Rettssikkerhetsbegrepet, S. 159.

<sup>497</sup> Bernt, Festschrift, S. 30 ff.; NOU 1987:25, S. 61.

möglich; sie wurde folglich den Kommunen überlassen. Es hatte seit jeher weniger der Zentralstaat, als die Gemeinde die elementaren Lebensrisiken ihrer Einwohner abzusichern. Die Bedeutung der Kommunen für die wohlfahrtsstaatlichen Aufgaben hat nach dem Zweiten Weltkrieg mit dem Ausbau des Wohlfahrtsstaates zugenommen.

Diese kommunale Autonomie zeigt sich auch in dem Recht, eigene Einkommenssteuern zu erheben. Die Kommunaldemokratie gilt als hohes Gut. Alle Entscheidungswege sollen kurz und direkt sein. Ihr entspricht die „*lekmansstyre*“: Verwaltung durch Laien aus der Mitte der Einwohnerschaft.<sup>498</sup> All dies soll sicherstellen, dass jeder Einwohner an den Leistungen der kommunalen Gemeinschaft teilhat.

Zugleich wird die kommunale Autonomie mehr und mehr durch staatliche gesetzliche Vorgaben eingeschränkt. Der Zentralstaat gibt den Kommunen mehr und mehr wohlfahrtsstaatliche Aufgaben auf und strebt zudem danach, die Leistungen zu standardisieren. Von den Kommunen wird deshalb die damit verbundene Einengung der Entscheidungsspielräume beklagt und die Aushöhlung der Kommunaldemokratie befürchtet.<sup>499</sup>

Die norwegischen Kommunen leisten mit der Primärversorgung einen entscheidenden Teil des Gesundheitswesens. Den Kommunen obliegt sowohl die Primärversorgung als auch die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit zu. Ihre gesetzliche Pflicht zur Sicherstellung der Versorgung erfüllen sie durch die Errichtung und den Betrieb von Einrichtungen des Gesundheitswesens oder durch vertragliche Einbeziehung privater Leistungserbringer.

Zu den Aufgaben der Kommune gehören gemäß § 1-3 *kommunehelsetjenesteloven* die Förderung der Gesundheit, die Vorbeugung von Krankheit, Gebrechen und Schaden, die Diagnose und Behandlung von Krankheit und Sicherung von Teilhabe, Rehabilitation<sup>500</sup>, Pflege und Fürsorge sowie Hilfe bei Unglücken und Notfällen. Das Gesetz unterscheidet hierbei zwischen Pflicht- und Zusatzaufgaben. Zu den Pflichtaufgaben gehören die Organisation und die Vorhaltung einer allgemeinen hausärztlichen Versorgung, eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Bereitstellung von physiotherapeutischen Angeboten sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Daneben ist die

---

<sup>498</sup> St. meld. nr. 26 (1983-1984).

<sup>499</sup> Bernt, Festschrift, S. 31.

<sup>500</sup> Im Norwegischen ist die Unterscheidung zwischen *rehabilitering* und *habilitering* gebräuchlich. Letzterer Begriff entspricht ausweislich der Legaldefinition in § 2 Forskrift av 28.06.2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering dem deutschen Begriff der Teilhabe.

Gemeinde verantwortlich für das Hebammenwesen und die Einrichtungen der stationären Pflege. Daneben nennt das Gesetz weitere Aufgaben, welche zu erfüllen sind, wenn es „die Verhältnisse zulassen und dies für zweckmäßig erachtet wird“<sup>501</sup>. Zu diesen fakultativen Leistungen gehören etwa ergotherapeutische Angebote und solche des Betriebsarztwesens.<sup>502</sup>

## **b) Verpflichtende Hausarztordnung - *fastlegeordninger***

Ursprünglich sah das *kommunehelsetjenesteloven* die freie Arztwahl vor. Im Jahr 2001 wurde die freie Arztwahl durch die Einführung einer zwingenden Hausarztordnung nahezu ausgeschlossen.<sup>503</sup> Zu Beginn der 1990er Jahre war in einem Modellprojekt in vier Kommunen<sup>504</sup> eine Hausarztordnung erprobt worden.<sup>505</sup> Sie hatte sich dort bewährt, so dass kurz darauf eine landesweite Einführung vorgeschlagen wurde.<sup>506</sup> Inspiriert vom dänischen Modell, das seit mehr als 40 Jahren eine solche Ordnung vorsieht, erhoffte man sich von der Einführung Qualitätsverbesserungen durch leichtere Zugänglichkeit zu ärztlicher Behandlung und die verbesserte Kontinuität der Patient-Arzt-Beziehung und Einspareffekte durch eine günstigere Allokation der Ressource „ärztliche Leistung“.<sup>507</sup>

Die Rechtsgrundlage für die Hausarztordnung (*fastlegeordninger* – *FLO*) findet sich in § 1-3 ff. *kommunehelsetjenesteloven* und in der dazugehörigen Verordnung.<sup>508</sup>

Danach ist die Organisation der *fastlegeordning* Aufgabe der Wohngemeinde, die dabei von der dort ansässigen Niederlassung der Sozialversicherungsbehörden (*NAV-Kontor*) unterstützt wird. Bei der Einführung des Systems erhielt jede im Einwohnerverzeichnis der Kommune gemeldete Person ein Formular zur Wahl des Hausarztes. In der Regel ist der Arzt am Wohnort zu wählen, alternativ kann aber ein Arzt am Arbeitsort oder an einem anderen regelmäßigen Aufenthaltsort gewählt werden. Nach der Wahl des Hausarztes ist die Konsultation eines anderen Allgemeinmediziners nur auf Privatrechnung möglich, eine Kostenerstattung

---

<sup>501</sup> § 1-3 4. ledd kommunehelsetjenesteloven.

<sup>502</sup> NLK-khl-Olsen, Anm. 26; Ot. prp. nr. 66 (1981-1982), S. 29. Man ging davon aus, dass diese Aufgaben ggf. durch interkommunale Zusammenarbeit gelöst werden würden. Für das Betriebsarztwesen sah man vor allem die Arbeitgeber in der Verantwortung.

<sup>503</sup> Lov av 14 juni 2000 nr 33 om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (*fastlegeordninger*).

<sup>504</sup> Trondheim, Tromsø, Lillehammer und Åsnes.

<sup>505</sup> Vgl St meld nr 23 (1996-97) und Lov av 4. juli 1991 nr. 53 om forsøk med listepasientsystem i kommunehelsetjenesten.

<sup>506</sup> Innst. S. nr. 215 (1996-1997), S. 8.

<sup>507</sup> Ot. prp. nr. 99 (1998-1999), 1.1.

<sup>508</sup> Forskrift 14. april 2000 nr. 0328 om fastlegeordning i kommunene.

durch die Volksversicherung ist ausgeschlossen.<sup>509</sup> Nur bei Notfallbehandlung kann der Patient einen anderen Arzt aufsuchen, ohne hierfür selbst zahlen zu müssen. Der Patient ist an seine Auswahlentscheidung ein halbes Jahr gebunden.<sup>510</sup>

Für die Patienten führte die Einführung des Hausarztsystems praktisch kaum zu Veränderungen, da der Großteil bereits zuvor selten mehr als einen Allgemeinmediziner konsultiert hatte. Nach einer landesweiten Erhebung sah lediglich ein Zehntel der Befragten die neue Ordnung als nachteilig an, weil sie die von ihnen gewünschte Möglichkeit zur Konsultation verschiedener Allgemeinmediziner einschränkte.<sup>511</sup> Eine weitere Untersuchung bestätigte, dass 2002-2004 nur 9% der Patienten den Arzt wechselten und dies zumeist in Umzügen oder der Praxisaufgabe der Ärzte begründet war.<sup>512</sup>

### **c) Vertragsgestaltung in der Primärversorgung**

Auch die Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Kommune wurden mit der Einführung des *kommunehelsetjenesteloven* grundlegend neu geregelt. Dabei bestand bei den politischen Parteien Einigkeit über die Aufgaben, welche im Rahmen der Primärversorgung erfüllt werden sollten. Die Stellung der Leistungserbringer, vor allem die der Allgemeinmediziner, blieb hingegen lange umstritten. Eine der meist diskutierten Frage ging um die Stellung der privat praktizierenden Ärzte in der Primärversorgung. Die sozialdemokratische Regierung unter *Gro Harlem Brundtland* hatte in ihrem Gesetzesvorschlag<sup>513</sup> eine Ordnung vorgesehen, die mit fester Hand die rechtlichen und tatsächlichen Verhältnisse zwischen der Kommune und dem einzelnen Arzt regelte und grundsätzlich eine Festanstellung der Ärzte vorsah. Hingegen setzten sich die konservativen Kreise stark für eine Ordnung<sup>514</sup> ein, die den praktizierenden Ärzten deutlich mehr Freiraum ließ und welche statt der kommunalen Festanstellung die vertragliche Bindung zwischen Privatpraxis und Kommune als Regelfall vorsah. Keine der politischen Parteien konnte ihre Vorstellungen voll verwirklichen. Entsprechend waren in der Folge zwei rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten gestattet: die selbstständige Privatpraxis mit vertraglicher Bindung und die kommunale Festanstellung der Ärzte.

---

<sup>509</sup> § 1 Forskrift 18. juni 1998 nr 590: Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter.

<sup>510</sup> § 2-1a kommunehelsetjenesteloven.

<sup>511</sup> Finnvold/Svalund/Paulsen, S. 12.

<sup>512</sup> Lurås, S. 15.

<sup>513</sup> Ot. prp. nr. 36 (1980-81), dort vor allem S. 75ff.

<sup>514</sup> Ot. prp. nr. 66 (1981-82).

## aa) Privatpraxis mit Vertrag

Das Modell der vertraglichen Bindung eines privat niedergelassenen Arztes behielt auch nach dem Inkrafttreten des *kommunehelsetjenesteloven* im Jahre 1981 die größte Bedeutung unter den möglichen Gestaltungsformen. Die Kommune schließt hierzu mit genügend Ärzten Verträge<sup>515</sup> und verpflichtet letztere zur Teilnahme an der Primärversorgung innerhalb der Kommune. Die geschlossenen Vereinbarungen richten sich nach den Vorgaben eines zwischen dem Norwegischen Ärzteverbandes (*DNLf*) und dem Zentralverband der Kommunen (*Kommunenes Sentralforbund - KSF*) geschlossenen Rahmenvertrages.<sup>516</sup> Es handelt sich dabei wohl um einen privatrechtlichen Vertrag, der durch das öffentliche Recht stark überformt wird. Eine genaue Zuordnung vermeiden sowohl Literatur<sup>517</sup> als auch die Rechtsprechung<sup>518</sup>.

Bei der Hausarztordnung zerfällt der ärztliche Vergütungsanspruch in drei Bestandteile. Infolge der Behandlung entsteht ein gegen die Volksversicherungsbehörde gerichteter Vergütungsanspruch entsprechend der einzelnen, durchgeführten Behandlung<sup>519</sup> und ein Anspruch auf Zahlung des Eigenanteils gegenüber dem Patienten. Die Höhe der Eigenanteile und die von der *folketrygd* geschuldeten Vergütungssätze<sup>520</sup> werden durch Verordnungen festgelegt. Die Höhe der Behandlungsentgelte bestimmt sich nach dem Kollektivvertrag zwischen der Ärztevereinigung und den Sozialversicherungsbehörden.<sup>521</sup>

---

<sup>515</sup> Vgl. Boe in Festschrift Smith, S. 124 und 136.

<sup>516</sup> Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene - perioden 1. juli 2006 - 30. juni 2008, online verfügbar auf den Seiten der DNLf: (<http://www.legeforeningen.no>).

<sup>517</sup> Offengelassen von Boe, Festschrift Smith, S. 113 ff.

<sup>518</sup> Auch das Høyesterett vermied in der Frage, ob es sich bei der Entscheidung über den Abschluss einer Betriebsvereinbarung als Rechtsgrundlage für die Gewährung eines Betriebskostenzuschusses um einen Verwaltungsakt handelt, eine Festlegung: Vgl. das Sondervotum des Richters Aarbakke in Rt. 1999, S. 1672. Frydenberg, L&R 2000, S. 605 zitiert eine Entscheidung des Bergener byrett vom 04.12.1992. Danach handelte es sich bei der Entscheidung über die Gewährung eines Zuschusses zwar um einen Verwaltungsakt, gegen denselben sei jedoch keine Klage nach den Regeln des Verwaltungsgesetzes möglich. Frydenberg kritisiert, dass das Gericht eine nähere Erklärung schuldig blieb, beschränkte sich selbst leider inhaltlich auf die allgemeine Feststellung, dass diese Rechtsfragen sehr kompliziert seien und man „ein einfacheres Norwegen“ brauche (S. 608). In einem ähnlich gelagerten Fall (Rechtscharakter einer Entscheidung über die Zuwendung eines Betriebszuschusses an einen niedergelassenen Facharzt) entschied der sivilombudsmann, dass es sich dabei um eine Verwaltungsentscheidung handle, für welche als Rechtsmittel ausschließlich solche des forvaltningsloven zur Anwendung kommen könnten (SOMB-1997-8, S. 64).

<sup>519</sup> §§ 5-4 i.V.m. Forskrift av 18. juni 1998 nr. 19.

<sup>520</sup> Vgl. dazu S. 137 ff.

<sup>521</sup> Der Kollektivvertrag zwischen DNLf und der Sozialversicherung (Kollektivavtale mellom Rikstrygdeverket og Den norske lægeforening om direkte oppgjør for utgifter til legehjelp) verweist auf die durch § 5-4 folketrygdloven i.V.m. Forskrift av 21. juni 2006 nr. 695



Nach § 4-1 *kommunehelsetjenesteloven* kann der niedergelassene Arzt zudem einen Anspruch auf kommunalen Betriebskostenzuschuss (*drifttilskudd*) aus dem Vertrag mit der Kommune geltend machen. Der Anteil dieses Zuschusses macht etwa 30% der ärztlichen Gesamtvergütung aus und wird seinerseits durch kommunale Steuern bzw. durch staatliche Zuweisungen an die kommunalen Haushalte finanziert.<sup>522</sup> Die Höhe des Betriebskostenzuschusses wird in Vertragsverhandlungen zwischen dem Arbeits- und Integrationsministerium (*AID*), dem Zentralverband der Kommunen (*KSF*) und den Sozialversicherungsbehörden (*NAV*) auf der einen Seite und der norwegischen Ärztevereinigung (*DNLF*) auf der anderen Seite ausgehandelt und in einem Rahmenvertrag<sup>523</sup> für jeweils ein Jahr festgeschrieben. Bemessungsgrundlage des Kommunalzuschusses ist die Anzahl der Patienten, die auf der Behandlungsliste des Arztes (*fastlegeliste*) stehen. Gegenüber der vorherigen gesetzlichen Lösung, die einen pauschalen Kostenzuschuss zum Praxisbetrieb vorsah, hat der Gesetzgeber die Einführung der Hausarztordnung dazu genutzt, den kommunalen Zuschuss als Kopfpauschale (*per-capita-tilskudd*) auszugestalten.<sup>524</sup> Um auch dem Betrieb einer privaten Arztpraxis auch in kleineren Kommunen<sup>525</sup> zu einer gewissen Attraktivität zu verhelfen, wird dort eine erhöhte Kopf-Pauschale geleistet.<sup>526</sup>

Für die Ärzte existiert keine gesetzliche Pflicht zur Teilnahme an der *fastlegeordning*, wohl aber ein ökonomischer Zwang. Da der Kostenerstattungsbetrag der Sozialversicherung einen wesentlichen Teil der ärztlichen Einnahmen ausmacht und sich nur eine geringe Zahl von Selbstzahlern unter den Patienten findet, ist für den niedergelassenen Arzt die Teilnahme am Hausarztsystem regelmäßig wirtschaftlich notwendig, sofern sie nicht an einer Festanstellung durch die Kommune interessiert sind.

In einigen Kommunen fand sich bis zur Einführung der *FLO* eine leicht modifizierte Variante des Vertragsmodells. Dabei unterstützten die Kommunen in der Regel die Ärzte in wirtschaftlicher Hinsicht stärker. Das Mehr an

---

stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege fastgesetzten Vergütungssätze.

<sup>522</sup> Grytten, Tidsskrift Norske Lægeforening 2002, S. 1492.

<sup>523</sup> Vgl. Avtale mellom staten ved Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og NAV/de regionale helseforetakene på den ene side og Den norske lægeforening på den andre siden, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med avtalepraksis. (Statsavtale). Ab dem 01.07.2006 zahlen die Kommunen danach einen Betrag von 326 NOK pro auf der Liste registriertem Einwohner.

<sup>524</sup> § 10 Forskrift av 14. april 2000 nr. 328.

<sup>525</sup> Dies betrifft Kommunen mit weniger als 5.000 Einwohnern.

<sup>526</sup> Vgl. Ot. prp. nr. 99 (1998-99), 9.5 ff.

kommunalem Engagement reichte z.B. bis hin zur vollständigen Übernahme der Praxis-Betriebskosten. Dieses Modell wurde anlässlich der Einführung der Hausarztordnung als nicht fortführungswürdig empfunden, weil ein verhältnismäßig hoher Pauschal-Zuschuss gegenüber einer Kopf-Pauschale einen grundsätzlich bestehenden Fehlanreiz verstärken würde. Denn je höher das von der Kommune übernommene Risiko des Praxisbetriebs sei, desto geringer sei auch die Motivation eines Arztes zur Vergrößerung seines Patientenstammes.<sup>527</sup>

#### **bb) Kommunale Anstellung**

Neben der vertraglichen Bindung der Ärzte als Selbständige besteht die Möglichkeit der Festanstellung durch die Kommune, welche als Vollzeit- oder Teilzeitanstellung ausgestaltet sein kann. Die Kommune zahlt den Ärzten ein festes Gehalt und trägt zudem die Betriebskosten der Praxis.

Diese Gestaltungsform ist im Vergleich zur oben beschriebenen Vertragsgestaltung deutlich weniger verbreitet. Gegenwärtig steht weniger als ein Drittel der kommunal praktizierenden Allgemeinmediziner als sog. „fastleger“ in einem kommunalen Arbeitnehmerverhältnis. Diese Angabe liefert jedoch kein vollständiges Bild der Wirklichkeit. In Norwegens kleineren und kleinsten Kommunen ist die Festanstellung deutlich stärker verbreitet und ist sogar zum Teil die dominierende<sup>528</sup> Gestaltungsmöglichkeit.

Zwar handelt es sich bei der oben geschilderten Vertragsbindung gegenüber der arbeitsvertraglichen Bindung um das vom Gesetzgeber bevorzugte Hauptmodell<sup>529</sup>, da man diese Gestaltungsform im Vergleich mit dem Feststellungsmodell als vorteilhafter einschätzte. Dennoch blieb auch nach der Einführung der Hausarztordnung die kommunale Anstellung als Gestaltungsform erhalten, da man in ihr eine wertvolle Alternative zur vertraglichen Bindung sah. Die Festanstellung wurde vom Gesetzgeber als nach wie vor als unverzichtbar und auch als vorteilhaft für Ärzte und Kommunen erachtet, was aufgrund der starken Verbreitung in kleineren Kommunen nicht verwundert. Aus den Gesetzgebungsmaterialien wird deutlich, dass gerade so den Berufsanfängern die Möglichkeit gegeben ist, sich ohne große finanzielle Risiken als Allgemeinmediziner zu betätigen, da z.B. keine Praxiseinrichtung finanziert werden muss. Den Kommunen, d.h. insbesondere jenen in entlegenen Gegenden, bietet die Feststellungs-Option ein Mittel, um Ärzte anzuziehen, die ansonsten

---

<sup>527</sup> Ot. prp. nr. 99 (1998-99), 9.7.2.

<sup>528</sup> In Kommunen von unter 2.000 Einwohnern lag nach den Zahlen des Statistischen Zentralbüros (SSB) der Anteil der Ärzte in Festanstellung im Jahre 1997 bei über 80%.

<sup>529</sup> Ot. prp. nr. 99 (1998-99), 9.6.1.

eine eigenwirtschaftliche Niederlassung dort aus Kostengründen nicht vornehmen.<sup>530</sup>

Die kommunale Festanstellung setzt vergleichsweise geringe Anreize zur Erweiterung des Angebotes ärztlicher Leistungen und unterscheidet sich vom Modell der Vertragspraxis. Dort besteht durch die beiden verrichtungsbezogenen Vergütungsbestandteile (Eigenanteile und *folketrygd* - Erstattung) ein Anreiz, mehr Leistungen anzubieten. Mithin entstehen dem Patienten und der Volksversicherung höhere Kosten. Umgewendet besteht ein Anreiz dieser Gestaltungsweise in erhöhter Produktivität und Effektivität der Ärzte, es steigt also das Interesse an einer erhöhten Anzahl von Patientenkonsultationen. Untersuchungen vom Ende der 1990er Jahre führten zu dem Schluß, dass die Ärzte in ihren Privatpraxen deutlich mehr arbeiteten, als ihre festangestellten Kollegen.<sup>531</sup> Neuere Untersuchungen belegen indes, dass die Anreizwirkung begrenzt scheint.<sup>532</sup> Der Arbeitseifer der fest angestellten Ärzte blieb nur unwesentlich hinter dem ihrer privat wirtschaftenden Kollegen zurück. Insgesamt wurden in der jüngeren Vergangenheit geringfügig mehr ärztliche Behandlungsleistungen nachgefragt, was jedoch nicht eindeutig auf die Einführung der *FLO* zurückzuführen ist.<sup>533</sup>

#### **cc) Kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst**

Mit dem Gesetz über die kommunalen Gesundheitsdienstleistungen (*kommunehelsetjenesteloven*) vom 19.11.1982 wurden den Kommunen neue Aufgaben in der Gesundheitsversorgung zugewiesen, die bisher in den Verantwortungsbereich der *fylkeskommunen* gefallen waren.<sup>534</sup> Dies betraf vor allem Leistungen, die der öffentlichen Gesundheitspolitik zuzurechnen sind. Im kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst wird also das große Maß von Eigenständigkeit der Kommunen gegenüber anderen Ebenen staatlicher Verwaltung deutlich. Zu den kommunalen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehören vor allem der Betrieb von Einrichtungen für Kinder- und Jugendgesundheit und die medizinische Betreuung Schwangerer.

Auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendgesundheit gehören zu den fest etablierten Institutionen der kommunalen Gesundheitsversorgung. Ihre Wurzeln reichen bis an den Beginn des 20. Jahrhunderts zurück und waren vielfach inspiriert von Einrichtungen in Frankreich, den USA und dem Vereinigten

---

<sup>530</sup> Ot. prp. nr. 99 (1998-99), 9.6.2.

<sup>531</sup> Sørensen/Grytten, TfV 2000, S. 9 geben das Maß der Mehrarbeit mit 380 Stunden/Jahr an.

<sup>532</sup> Grytten/Skau/Sørensen/Aasland, S. 70.

<sup>533</sup> Grytten/Skau/Sørensen/Aasland, TfV 2004, S. 86 f.

<sup>534</sup> Lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.

Königreich. Private und karitative Verbände und Vereine übernahmen die Vorreiterrolle für den Betrieb der Einrichtungen, während sich die öffentliche Hand nur zögerlich beteiligte. Obwohl die ersten öffentlichen Einrichtungen ihre Tätigkeit bereits vor dem Zweiten Weltkrieg aufnahmen, begann ihre Blütezeit erst in der Ära von Gesundheitsminister *Karl Evang*.<sup>535</sup> Im Jahre 1957 wurden vor allem Aufsichtsaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes zunächst den *fylkeskommunen* zugewiesen.<sup>536</sup>

Mit dem Inkrafttreten des *kommunehelsetjenesteloven* im Jahre 1982 fielen die meisten Aufgaben an die Kommunen zurück,<sup>537</sup> die mit relativ großer Handlungsfreiheit über das konkrete Angebot vor Ort entscheiden konnten. Zentrale Aufgabe der Einrichtungen war und ist bis heute die Begleitung der Eltern bei deren Aufgabe zur Gesundheitsvorsorge für ihre Kinder. In erster Linie bedeutet dies die Durchführung von Kontrolluntersuchungen und Impfungen, darüber hinaus aber auch eine allgemeine Gesundheitsaufklärung für die Eltern.<sup>538</sup> In poliklinischen Gesundheitseinrichtungen, so genannten *helsestasjoner* sind in größeren Gemeinden Ärzte und Pflegepersonal angestellt.<sup>539</sup> In kleineren Gemeinden ist die Schlüsselfigur der Einrichtungen jedoch nach wie vor die Gemeindeschwester (*helsesøster*), welche eine Zusatzausbildung, aufbauend auf einer allgemeinen Krankenpflegeausbildung, absolviert hat. Von Geburt an soll sie sich regelmäßig bei Hausbesuchen oder in Praxisstunden vom Gesundheitszustand der Kinder überzeugen und z.B. die Reihenimpfungen bzw. Hör-/Seh- oder Motorik-Untersuchungen durchführen.<sup>540</sup> Den Kommunen ist darüber hinaus die Verantwortung für die Organisation eines Schulgesundheitsdienstes zugewiesen (§ 1-3 *kommunehelsetjenesteloven*), welcher die Gesundheitsstationen bei der Erfüllung ihrer Verpflichtung zum Angebot einer ganzheitlichen medizinischen Betreuung und Beratung der Kinder und Jugendlichen unterstützen soll.<sup>541</sup>

## **2. Spezielle Versorgung - Krankenhauswesen**

### **a) Struktur**

#### **aa) Die stationäre Versorgung vor 1969**

---

<sup>535</sup> Schiøtz. Bind II, S. 332.

<sup>536</sup> Lov av 28. juni 1957 nr. 7 om helsesøstertjeneste.

<sup>537</sup> Vgl. NOU 1977:22, S. 21.

<sup>538</sup> Ot. prp. nr. 61 (1957), S. 7.

<sup>539</sup> Zu den Aufgaben der Helsestasjoner vgl. Elvbakken/Mæland, TfV 1999, S. 34 ff.

<sup>540</sup> Ot. prp. nr. 61 (1957), S. 7.

<sup>541</sup> Forskrift av 03. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Die Organisation der stationären Versorgung im Zeitraum vom Ende des Zweiten Weltkrieges bis zum Krankenhausgesetz von 1969 war gekennzeichnet von einem steten Wandel. Binnen eines Zeitraumes von ca. 25 Jahren gab es zahlreiche Gesetzesänderungen und Neuentwürfe, sowie Anpassungen und Korrekturen<sup>542</sup> - alle geleitet von den Zielen der Versorgungsverbesserung und der Kosteneinsparung.<sup>543</sup> Die Erfolge konnten sich sehen lassen. So wurden vom Ende der 1940er Jahre bis zum Jahr 1969 etwa 6000 neue Krankenhausbetten geschaffen. Zugleich stieg die Anzahl der Ärzte stark an. Die als verbesserungswürdig eingeschätzte Effektivität stellte zwar bereits zu Beginn dieser Entwicklungsphase ein finanzielles Problem dar. Doch trat es gegenüber der Sicherheit der Versorgungsgewährleistung zunächst in den Hintergrund. Die Effektivität musste in erster Linie verbessert werden, um damit die bestehenden Versorgungsengpässe zu überwinden.

## **bb) Krankenhausgesetz 1969**

Mit dem Krankenhausgesetz von 1969 (*sykehusloven*) übernahmen die *fylker* die Verantwortung für Betrieb und Unterhaltung der meisten Krankenhäuser; nur wenige Einrichtungen blieben in zentralstaatlicher oder privater Trägerschaft.<sup>544</sup> Ausgangspunkt der Überlegungen, welche zum Krankenhausgesetz von 1969 führten, war vor allem ein weiterer Ausbaubedarf im Krankenhauswesen.<sup>545</sup> Anknüpfend an die Bemühungen der Nachkriegszeit sollte die Versorgung der Bevölkerung gesichert und verbessert werden. Zum anderen wies man die Verantwortung für den Betrieb der Einrichtungen mit Bedacht jener Verwaltungsebene bzw. Gebietskörperschaft zu, innerhalb derer die Leistungen auch benötigt wurden. Wegen der Nähebeziehung des Wohnorts der Patienten und der Lage stationärer Einrichtungen hielt man die *fylkeskommune* als für am besten geeignet, eine effektive Versorgung sicherzustellen.<sup>546</sup> Das Krankenhauswesen fügte sich damit in die allgemeine Strukturpolitik Norwegens ein. In den 1970er

---

<sup>542</sup> Vgl. nur Ot. prp. nr. 73 (1950) "Om endringer i lov om syketrygd av. 06.juni 1930"; Sykehuskomiteen Inst. 2 om sykehusordningen, 1959; Ot. prp. nr. 36 (1967-68) "Om lov om sykehus m.v."

<sup>543</sup> Nerland, Tidsskrift Norske Lægeforening, 2001, S. 2983.

<sup>544</sup> Eine Sonderstellung nahm aber hierbei eine kleinere Anzahl von Kliniken ein, die seit langem in zentralstaatlichem Eigentum gestanden hatten und deren Trägerschaft von der Reform nicht berührt wurde. Diese Krankenhäuser dienten im Wesentlichen der Versorgung mit speziellen Behandlungsleistungen, wie z.Bsp. das *Rikshospital* und das *Radiumhospital* in Oslo, welche bis zur Krankenhausreform 2002 vom Staat betrieben wurde. Daneben betraf dies das *Glittre Sanatorium* in Nittedal, ein ursprüngliches Privatsanatorium für Tuberkulose, welches 1920 in staatliches Eigentum übergang und seit 1991 von der Landesvereinigung der Herz- und Lungenkranken (Landsforeningen for Hjerte og Lungesyke – LHL) betrieben wird.

<sup>545</sup> Martinsen, Historisk Tidsskrift 1987, S. 358 f.

<sup>546</sup> NOU 1987:25, S. 45.

und 1980er Jahren war die Umverteilung nahezu aller wohlfahrtsstaatlichen Aufgaben geleitet vom Gedanken der Dezentralisierung.<sup>547</sup> In den darauffolgenden Jahrzehnten entwickelte sich das Krankenhauswesen zu dem wichtigsten Aufgabenfeld *fylkeskommunal*er Politik, wie eine jüngere politikwissenschaftliche Untersuchung nachweist.<sup>548</sup> Als Grundproblem dieser Aufgabenzuweisung sollte sich aber herausstellen, dass die *fylker* mangels Steuererhebungsbefugnis kaum eigene Einnahmen hatten, und deswegen vor allem für das Krankenhauswesen stets auf zentralstaatliche Zuweisungen angewiesen blieben.<sup>549</sup>

Trotz der Übertragung der Hauptverantwortung an die *fylker* blieb die Struktur der Krankenhausversorgung kompliziert. Erhebliche Effizienzverluste ließen sich zum großen Teil auf die mangelnde Abstimmung der Kompetenzen der einzelnen Verwaltungsebenen zurückführen. Eine Sachverständigen-Kommission (*Eilert-utvalget*) prüfte in der Mitte der 1980er Jahre drei Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsstruktur. Man erwog, die gesamte stationäre Versorgung entweder den *fylkern* oder aber dem Staat anzuvertrauen und so die Parallelexistenz von Einrichtungen unter verschiedenen Eigentümern zu beenden. Daneben wurde über eine gemeinsame Eigentümerstellung von Staat und Kommunen nachgedacht, was der damaligen Konzeption in Finnland entsprochen hätte. Die Mehrzahl der Kommission befürwortete die Übernahme der im staatlichen Eigentum verbliebenen Einrichtungen durch die *fylkeskommunen*. Diese Entscheidung verwundert nicht, da sie im Einklang mit dem in dieser Zeit populären Streben nach Dezentralisierung und nach Stärkung der Provinzen einherging.

Eine Minderzahl der Mitglieder votierte hingegen für eine direkte Überantwortung sämtlicher Krankenhäuser an den Zentralstaat. Sie meinten, wegen der geringen Einwohnerzahl Norwegens müsse das Gesundheitswesen als Einheit aufgefasst werden. Diese Ansicht passe zwar nicht zur Dezentralisierungspolitik der letzten Jahre, für eine stärkere nationalstaatliche Steuerung des Gesundheitswesens bestünde aber dennoch ein Bedarf. Letztere sei jedoch nicht so zu gestalten, dass der Staat in das Tagesgeschäft der einzelnen Einrichtungen eingreifen könne. Innerhalb dieses nationalstaatlichen Rahmens - z.B. unter der Aufsicht einer staatlichen Krankenhausbehörde (*statens sykehusverk*) - sollte den Kliniken ein hohes Maß von Eigenverantwortung zukommen. Dadurch würde eine Konkurrenz

---

<sup>547</sup> NOU 1987:25, S. 63.

<sup>548</sup> Martinussen/Paulsen, Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift 2004, S. 347f; NOU 1987:25, S. 63.

<sup>549</sup> Byrkjeflot/Neby, Rokkan Centre Working Paper 2 - 2004, S. 12.

zwischen den Einrichtungen möglich, die zu einer erhöhten Versorgungsqualität führen könne.<sup>550</sup> Bis sich der Alternativ-Vorschlag dieser Gruppe durchsetzen konnte, sollten jedoch noch fast 20 Jahre vergehen - es verblieb stattdessen bei der Verantwortlichkeit der *fylker*.

Im Jahre 1974 faßte ein Bericht für das *Storting* die seit 1969 gemachten Erfahrungen zusammen.<sup>551</sup> Als positiv konnte bemerkt werden, dass sich die Bettenkapazität in den Krankenhäusern und Psychatrien im Verhältnis zur Bevölkerungsentwicklung erhöht hatte. Zudem hatte sich der Personalschlüssel, d.h. das Verhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und der Anzahl der in der Einrichtung Angestellten verbessert. Demgegenüber bestanden neue Herausforderungen: So musste im Hinblick auf den Ausbau der Versorgungskapazität eine Scherenbewegung festgestellt werden. In den stärker besiedelten Gebieten und vor allem in den Großstädten war die Anzahl der Krankenhausbetten deutlich stärker angestiegen als im ländlichen Raum. In organisatorischer Hinsicht wurde das Verhältnis zwischen den einzelnen Organisations- und Leitungsebenen kritisiert, weil die Detailvorgaben der zentralen Organe den lokalen Verantwortlichen nur engen Spielraum für den Betrieb der Einrichtungen ließen.<sup>552</sup> Aufgrund dieser Erfahrungen entwickelten die Verfasser des Berichts einen Vorschlag zur Neugliederung des Krankenhauswesens und zur Änderung des Finanzierungsmodus, der kurz darauf vom *Storting* angenommen und im Jahr 1980 in Gesetzesvorschriften gekleidet wurde.<sup>553</sup>

Ihr Plan sah fünf „Gesundheitsregionen“ (*helseregioner*) vor, in denen die Provinzen zur besseren Koordinierung der Aufgaben und Planung zusammenarbeiten sollten.<sup>554</sup> Dahinter stand die erst kürzlich gewonnene Überzeugung, dass die *fylker* nicht mehr in der Lage waren, innerhalb Ihres Gebietes eine umfassende Versorgung anzubieten. Insbesondere für spezielle medizinische Behandlungsleistungen bestand die notwendige personelle und technische Kapazität nicht in ausreichendem Maße. Um die unterschiedliche Versorgungskapazität auszugleichen, wurde eine Organisation des Krankenhauswesens in geographisch größeren Gebieten für nützlich erachtet.

---

<sup>550</sup> NOU 1987:25.

<sup>551</sup> Vgl. St. meld. nr. 9 (1974-75) „Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen“.

<sup>552</sup> NOU 1996:5, kap. 3.1.

<sup>553</sup> Vgl. NOU 1977:22 und Ot. prp. nr. 1, (1978-79).

<sup>554</sup> Region 1: fylker Oslo, Hedmark, Oppland; Region 2: fylker Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark, Vestfold, Buskerud; Region 3: fylker Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland; Region 4: Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Akershus, Østfold; Region 5: Nordland, Troms, Finnmark.

Für jede der fünf Regionen, die zum damaligen Zeitpunkt noch keine eigene Rechtspersönlichkeit besaßen,<sup>555</sup> sollte eine „Gesundheitsauswahl“ (*helseutvalg*) etabliert werden.<sup>556</sup> Mandat dieser Gruppe von Fachleuten war die Koordinierung der gesundheitspolitischen Aufgabenverteilung von Provinzen und Kommunen innerhalb der Regionen.

Innerhalb jeder Region bestand ein so genanntes Regionskrankenhaus (*regionsykehus*)<sup>557</sup>, welches zugleich einer der Universitäten Norwegens als Universitätskrankenhaus zugeordnet war. Diese Regionskrankenhäuser waren in das System der stationären Versorgung eingebunden und wurden aufgrund ihrer Spezialisierung auf seltene und besondere Krankheitsbilder von den Einwohnern verschiedener *fylker*, so genannten Gastpatienten, stark in Anspruch genommen. Dies entließ die letzteren jedoch weder aus der grundsätzlichen Verantwortlichkeit, noch aus der Zahlungspflicht für die umfassende Gewähr stationärer Behandlung. Die Heimat-*fylker*, deren Zuständigkeit auf dem Wohnsitz des Patienten gründete, waren so zum Einkauf der besonderen, nur in den Universitätskrankenhäusern verfügbaren Leistungen verpflichtet. Diese Kosten belasteten die *fylkeskommunalen* Budgets und wurden darum kritisiert.<sup>558</sup>

Im Jahre 1985 war vom Sozialministerium eine Enquête-Kommission einberufen worden, welche Vorschläge zur Fortentwicklung des bestehenden Systems unterbreiten sollte. Ausgangspunkt der Überlegungen war abermals die zu erneuernde Verteilung der Verantwortung zwischen den drei Ebenen der Verwaltung und die Vermutung von Effizienzverlusten. Die Kommission sollte Alternativen für Steuerungs- und Finanzierungsordnungen untersuchen, welche eine bessere Anpassung der Leistungsangebote an den Bedarf ermöglichen und so die Ressourcennutzung effektivieren könnten.<sup>559</sup>

## **cc) Das heutige Krankenhauswesen**

### **(1) Reform 2002**

Karl Evang meinte 1970:

*„Wenn das Helsedirektorat während meiner Dienstzeit für eine Dezentralisierung...eingetreten ist, so ist dies der bitteren Erfahrung*

---

<sup>555</sup> Hagen/Karbøe, Health Policy 2006, S. 322.

<sup>556</sup> NOU 1996:5, kap. 3.1.

<sup>557</sup> Ullevål sykehus Oslo - Universitetet i Oslo; Rikshospitalet, Oslo - Universitetet i Oslo; Haukeland Sykehus, Bergen - Universitetet i Bergen; Regionsykehuset Trondheim, Universitetet i Trondheim; Regionsykehuset i Tromsø, Universitetet i Tromsø.

<sup>558</sup> NOU 1987:25, S. 65. Mit besonderem Augenmerk auf das Verhältnis zwischen dem „Reichshospital“ (Rikshospitalet) und der angrenzenden Provinz Akershus die Äußerungen des Norbom-Komitee in: NOU 1984:10.

<sup>559</sup> NOU 1987:25, S. 9.



geschuldet, dass der Staat zum Betrieb von Krankenhäusern nicht geeignet ist.“<sup>560</sup>

Er konnte damals die Veränderungen in der organisatorischen Struktur der speziellen Versorgung durch das „Gesetz über die Gesundheitsunternehmen“ (*helseforetaksloven*) von 2002<sup>561</sup> nicht vorhersehen. Der Staat entließ die Provinzen aus der finanziellen Verantwortung und übernahm die komplette Trägerschaft über insgesamt 350 Einrichtungen. Die Reform betraf neben 100.000 Beschäftigten auch die Umschichtung von ca. 60 % der *fylkeskommunalen* Haushaltsmittel.<sup>562</sup>

Mit der Übergabe der Klinikträgerschaft ging den *fylkeskommunen* ein erheblicher Teil ihrer administrativen Eigenständigkeit verloren.<sup>563</sup> Insbesondere vor dem Hintergrund von Plänen, welche ihren Bestand grundsätzlich in Frage stellen, hätte dies den Abschied von der Krankenhausorganisation erschweren können. Andererseits entlastete der Staat die Provinzen um Verbindlichkeiten in Höhe von etwa 2,3 Milliarden Euro.<sup>564</sup>

Der schnelle und dabei relativ geräuscharme Übergang kennzeichnet die Nüchternheit und das Konsensstreben, die der norwegischen Politik wohl allgemein innewohnen.<sup>565</sup> Die regierende Arbeiterpartei (*DNA*) setzte die Reform mit den Stimmen der konservativen Partei (*Høyre*) und der Fortschrittspartei (*FrP*) gegen die der Sozialistischen Linken und die anderen kleineren Parteien durch.<sup>566</sup> Kritik kam indes von einigen Patientenverbänden und aus Teilen der Ärzteschaft.<sup>567</sup>

## (2) Struktur und Aufgaben des heutigen Systems

Die spezielle Versorgung Norwegens ist heute in vier Gesundheitsregionen (*regional helseregioner*) unterteilt. *Helse Nord*<sup>568</sup> besteht aus den Provinzen *Finnmark*, *Troms* und *Nordland*, *Helse Midt-Norge*<sup>569</sup> aus *Nord-Trøndelag*, *Sør-Trøndelag* sowie *Møre og Romsdal*. Die Regionen *Helse Vest*<sup>570</sup> umfasst die

---

<sup>560</sup> Karl Evang in einem Vortrag auf dem fylkemannsmøtet 1970 in Hamar, zit. nach Schiøtz, Bind II, S. 326.

<sup>561</sup> Vgl. Ot. prp. nr. 66 (2002-2003) Om lov om helseforetak.

<sup>562</sup> Hagen/Kaarbøe, Health Policy 2006, S. 323.

<sup>563</sup> Martinussen/Paulsen, Statsvitenskapelig Tidsskrift 2004, S. 339 ff..

<sup>564</sup> Wild, das Krankenhauswesen 2004, S. 454

<sup>565</sup> Zum Ablauf der Reform: Hagen/Kaarbøe, S. 324.

<sup>566</sup> Martinussen/Paulsen, Statsvitenskapelig Tidsskrift 2004, S. 354. Genauer zu den Hintergründen: Grønlie, Medical History 2006, S. 202 ff.

<sup>567</sup> Vgl. Øgar, Tidsskrift Norske Lægeforeningen 2001, S. 2189ff.; Pettersen, Tidsskrift Norske Lægeforeningen 2001, S. 2186 ff.

<sup>568</sup> <http://www.helse-nord.no/>

<sup>569</sup> <http://www.helse-midt.no>

<sup>570</sup> <http://www.helse-vest.no/>

Provinzen *Sogn og Fjordane*, *Hordaland* und *Rogaland*. Die bislang bestehenden Regionen *Helse Øst* bzw. *Helse Sør* mit den Provinzen *Hedmark*, *Oppland*, *Akershus*, *Oslo* und *Østfold* sowie *Vest-Agder*, *Aust-Agder*, *Telemark*, *Vestfold* und *Buskerud* sind mit Wirkung vom 1. Juni 2007 zu einer Region (*Helse Sør-Øst*)<sup>571</sup> vereint worden.<sup>572</sup>

Innerhalb dieser Regionen wurden durch das *helseforetaksloven* sogenannte Gesundheitsunternehmen (*helseforetak*) geschaffen.

Zu unterscheiden sind die *regional helseforetak (RHF)* und die ihnen jeweils untergeordneten Tochtergesellschaften, die *helseforetak – HF*. Die begriffliche Verwirrung versucht die Legaldefinition im *helseforetaksloven* zu vermeiden. Danach handelt es sich bei den *RHF* um Betriebe, die dem Staat gehören und die spezielle Versorgung innerhalb der jeweiligen Region in Alleinzuständigkeit organisiert.<sup>573</sup> Der Wirkungskreis des jeweiligen *RHF* ist deckungsgleich mit der jeweiligen *helseregion*. Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags bedienen sich die *RHF* ihrer Tochtergesellschaften und zudem vertraglich gebundenen privater Einrichtungen.<sup>574</sup>

Die *helseforetak* sind hingegen die Einheiten, welche die einzelnen Einrichtungen operativ betreiben. Es handelt sich dabei gegenwärtig um insgesamt 35 Kliniken und 4 Krankenhausapotheken in ganz Norwegen.<sup>575</sup> Ihr Name besteht aus dem Namen der Klinik bzw. Apotheke und dem Hinweis auf die besondere Rechtsform (*HF*).<sup>576</sup> Alleiniger Eigentümer der *RHF* ist der norwegische Staat, repräsentiert durch das Gesundheitsministerium. Die *RHF* wiederum sind die alleinigen Eigentümer der *helseforetak*. Die vier *RHF* dienen dabei im Wesentlichen als Verbindungsglied zwischen dem Staat und den einzelnen öffentlichen und privaten Einrichtungen.<sup>577</sup> Obwohl als Körperschaften des öffentlichen Rechts begründet und den besonderen gesetzlichen Regeln für Staatsunternehmen<sup>578</sup> unterfallend, ahmen sie Prinzipien des allgemeinen Unternehmensrechts nach.<sup>579</sup> Für beide gilt etwa, dass die Entscheidungen trotz staatlicher Alleineignerschaft

---

<sup>571</sup> <http://www.helse-sorost.no/>

<sup>572</sup> Vgl. kgl. res 2. februar 2007 om ,

<sup>573</sup> § 2 i.V.m. § 8 *helseforetaksloven*.

<sup>574</sup> Zu den Vertragstypen vgl. NOU 2003:1, S. 83 f.

<sup>575</sup> NOU 2005:3, S. 32.

<sup>576</sup> Der ursprüngliche Regierungsvorschlag sah noch vor, dass die *RHF* selbst die klinischen Einrichtungen betreiben sollten (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)). Dieser Plan wurde später auf Betreiben des Sozialkomitees im Parlament zugunsten einer übergeordneten Planungs- und Organisationsbefugnis umgeändert (Innst. O. nr. 118 (2000-2001)).

<sup>577</sup> NOU 2005:3, S. 32.

<sup>578</sup> Lov av 30.08.1991 nr. 71 om statsforetak.

<sup>579</sup> Grønlie, *Medical History* 2006, S. 189.

von einem aus dem Recht der Aktiengesellschaften entlehnten<sup>580</sup> Führungsgremium (*foretaksmøtet*) getroffen werden. Ebenso gelten für diese „Unternehmen“ Pflichten zu Bilanzlegung und zur ordnungsgemäßen Buchführung.<sup>581</sup> Hinter der gewählten Konstruktion stand der Gedanke, dass – selbst bei staatlichem Alleineigentum – dem privaten Unternehmensrecht nachgebildete Steuerungsmechanismen (*New Public Management*) dem Betrieb als Einheit staatlicher Verwaltung überlegen sind.<sup>582</sup>

§ 2-1a *spesialisthelsetjenesteloven* weist den *helseregionen* Aufgaben der speziellen Versorgung zu, die durch die *RHF* administriert und von den einzelnen Einrichtungen erfüllt werden. Sie schulden allen Einwohnern mit festem Wohnsitz innerhalb der Gesundheitsregion die Versorgung mit Krankenhausbehandlungsleistungen (Nr. 1), medizinischen und radiologischen Labordienstleistungen (Nr. 2), den akutmedizinischen Bereitschaftsdienst (Nr. 3), sowie die Ambulanzen zu Land, zur Luft und zur See (Nr. 4). Die Nennung der Krankenhausversorgung an erster Stelle weist darauf hin, dass es sich dabei um die zentrale Aufgabe der *RHF* handelt.<sup>583</sup>

Die Tätigkeit der Krankenhäuser beschränkt sich nicht ausschließlich auf die stationäre Behandlung der Patienten. Unter dem Begriff *poliklinisk virksomhet* firmiert eine Anzahl von Behandlungsangeboten, mit welchen die Einrichtungen an der ambulanten Versorgung teilnehmen, obwohl hierfür keine gesetzliche Pflicht besteht. Die poliklinische Tätigkeit lässt sich letztlich von der allgemeinen Krankenhausbehandlung nur durch die fehlende „stationäre“ Aufnahme in die Einrichtung abgrenzen.<sup>584</sup> In den meisten Fällen beteiligen sich die Einrichtungen an der ambulanten Versorgung durch Labordienstleistungen und Leistungen der radiologischen Diagnostik.

### 3. Freiwillige Wohlfahrtsverbände

Trotz des stark ausgebauten öffentlichen Sektors spielen auch freiwillige Organisationen und ehrenamtliche Tätigkeit im norwegischen Wohlfahrtsstaat eine beachtliche Rolle.<sup>585</sup> Dies zeigt sich zum einen daran, dass der

---

<sup>580</sup> Vgl. die Regeln des Lov av 13.06.1997 nr. 44 om aksjeselskaper (aksjeloven). Wie im deutschen Aktienrecht (§ 76 ff. AktG) führt nach norwegischem Recht das „styret“ (§§ 6-1 ff. aksjeselskapsloven) die Tagesgeschäfte der aksjeselskap. Eine entsprechende Regelung findet sich in § 29 helseforetaksloven.

<sup>581</sup> § 43 ff. helseforetaksloven.

<sup>582</sup> Kjekshus, Statsvitenskapelig Tidsskrift Vol. 19, S. 448; Martinussen/Paulsen, Statsvitenskapelig Tidsskrift 2004, S. 340; Christensen/Lægred/Stigen, Rokkan Centre Working Paper 17 - 2004, S. 11.

<sup>583</sup> NLK-sphsl-Warberg, § 2-1a, Anmerkung 6.

<sup>584</sup> Brandtzæg/Ellingsen, S. 62 f; NOU 2003:1, S. 98.

<sup>585</sup> Grindheim/Selle, S. 73.

Organisationsgrad innerhalb der Bevölkerung relativ hoch ist. Nach Untersuchungen aus dem Jahr 2000 waren etwa 73% der Norweger im Alter zwischen 16 und 85 Jahren Mitglied in mindestens einer Freiwilligenorganisation.<sup>586</sup> Zum anderen finden sich in Norwegen zurzeit etwa 2000 landesweit agierende Organisationen.<sup>587</sup>

Die Bandbreite des „dritten Sektors“<sup>588</sup> reicht von großen Wohlfahrtsverbänden (etwa: *Diakoni, Caritas Norge, Norsk Folkehjelp, Den Røde Kors, Nasjonalforeningen for folkehelsen*) bis hin zu kleinen und kleinsten Selbsthilfegruppen und Interessenvereinigungen.<sup>589</sup> Doch ist im Hinblick auf die Entstehungsgründe der Wohlfahrtsorganisationen eine gewisse Veränderung eingetreten. Bei den nach dem Zweiten Weltkrieg begründeten Organisationen handelt es sich überwiegend um auf die konkreten Bedürfnisse ihrer Mitglieder spezialisierten Organisationen,<sup>590</sup> die zudem professioneller agieren.<sup>591</sup> Selle meint, mittlerweile bestehe eine Organisation für nahezu jede Art von Behinderung,<sup>592</sup> die sich eher als Interessenvereinigungen sehen. Die traditionellen, größeren Organisationen und die kleineren Vereinigungen haben gemein, dass sie sich im Wesentlichen aus staatlichen Zuschüssen finanzieren.<sup>593</sup>

Im Hinblick auf die Vielfalt wohlfahrtsstaatlicher Aufgaben findet sich der Schwerpunkt der Arbeit von non-profit-Organisationen in der Kinder- und Jugendhilfe. Im Gesundheitswesen spielen sie indes eine eher untergeordnete Rolle. Wurden etwa in den 1980er Jahren noch zahlreiche Kliniken durch Wohlfahrtsverbände betrieben,<sup>594</sup> so ist diese Zahl unterdessen gesunken.<sup>595</sup> Es handelte sich dabei zumeist um kleinere Einrichtungen, welche den Anforderungen des modernen Gesundheitswesens nicht immer gewappnet waren. Nur in den größeren Städten werden von einzelnen Wohlfahrtsorganisationen noch klinische Einrichtungen<sup>596</sup> betrieben. Genau wie private Krankenhäuser sind

---

<sup>586</sup> NOU 2006:13, S. 13.

<sup>587</sup> Ein Teil der Organisationen hat sich zur sogenannten „Wohlfahrtsallianz“ (Velferdsalliansen) verbunden und präsentiert die angeschlossenen Organisationen auf einer gemeinsamen Internetpräsenz: <http://www.velferdsalliansen.no>.

<sup>588</sup> Mellbye, S. 93.

<sup>589</sup> Selle, Voluntas 1993, S. 9.

<sup>590</sup> NOU 2006:13, S. 13. In diesem Sinne auch Seim/Markussen/Olsen, S. 216 ff; Evang, S. 204 f.

<sup>591</sup> Klausen/Selle, Voluntas 1996, S. 109.

<sup>592</sup> Selle, a.a.O.

<sup>593</sup> Evang, S. 205.

<sup>594</sup> Mellbye, S. 96.

<sup>595</sup> Selle, Voluntas 1993, S. 8, nennt 14% der Krankenhausbetten und mehr als ein Drittel der Einrichtung zur Betreuung geistig Behinderter.

<sup>596</sup> In Oslo etwa das Lovisenberg Diakonale Sykehus und das Diakonhjemmet.

diese in die Versorgungsstruktur durch Verträge mit den regionalen Gesundheitsunternehmen eingebunden.

## VII. Leistungsrecht

Im norwegischen Gesundheitswesen sind zwei Ansprüche zu unterscheiden. Sie werden von einer Person in jeweils unterschiedlicher Eigenschaft geltend gemacht. Eine Krankenbehandlung suchende Person hat als Einwohner Anspruch auf Behandlung gegen die Kommune oder den Zentralstaat.<sup>597</sup> Zugleich hat sie als Versicherter einen Anspruch gegen die Volksversicherung auf Erstattung der Kosten. Es ist also zwischen dem Anspruch auf Behandlung und dem Kostenerstattungsanspruch zu unterscheiden.

### 1. Rechtsanspruch auf medizinische Behandlung

*„What happens to a person who falls sick [...] in Norway? No matter who he is – man or woman, adult or child, wealthy or wanting, self-supporting or dependent on others – he has the legal and moral right to seek immediate medical aid. The normal thing is to call the doctor in his office, but if necessary the physician will come to him by car, by boat or airplane, on skis or reindeer sled.“*<sup>598</sup>

Dieses kühne Versprechen gegenüber dem Patienten entstammt der Feder des früheren Gesundheitsministers *Karl Evang* und findet sich seiner im Jahre 1976 erschienen Beschreibung des norwegischen Gesundheitswesens.

Das Zitat wirft mehrere Fragen auf: Besteht nicht nur ein „*moral right*“, sondern auch ein „*legal right*“ im Sinne eines echten Behandlungsanspruchs? Fraglich ist, wer ihn einzulösen hat und ob solche Ansprüche auch gerichtlich durchsetzbar sind.

#### a) Entwicklung der Behandlungsansprüche

Historisch bestanden zunächst gegen die Krankenversicherung gerichtete Ansprüche auf Behandlung. Sowohl die allgemeine ärztliche Behandlung als auch Krankenhausbehandlung waren bereits nach dem Krankenversicherungsgesetz von 1909 Pflichtleistungen. In ihrer Anspruchsqualität standen sie im selben Rang wie der Anspruch auf Krankengeld. Aus den Gesetzesvorarbeiten lässt sich aber

---

<sup>597</sup> Bei bestimmten, vor allem bei psychischen Erkrankungen richtet sich der Behandlungsanspruch gegen die Provinzen. Die Darstellung beschränkt sich aber im Folgenden auf die Leistungspflicht von Kommunen und Zentralstaat.

<sup>598</sup> Evang, S. 26.

entnehmen, dass die Behandlungsansprüche im Gegensatz zum Krankengeldanspruch stets unter einem Ressourcenvorbehalt stehen sollten.<sup>599</sup>

In späteren Fassungen des Krankenversicherungsgesetzes waren dagegen weder ein solcher Vorbehalt noch ein Ermessen der Leistungsschuldner enthalten. Dies bedeutete indes nicht, dass die krankenversicherungsrechtlichen Behandlungsansprüche praktisch einfach durchsetzbar gewesen wären. Sie liefen bei faktisch nicht vorhandenem Angebot leer. Zur Sicherstellung des versicherungsrechtlichen Versprechens bedurfte es weiterer gesetzlicher Vorschriften. Hierzu waren aber weder die Normen des Berufsrechts noch die des Strafrechts geeignet, da das Strafgesetz (*straffeloven*) von 1902<sup>600</sup> in § 387 die unterlassene Hilfeleistung nur desjenigen unter Strafe stellte, der „nach seinen Fähigkeiten [die Hilfe] unterlässt, sofern dies ihm ohne Gefahr oder Aufopferung für ihn selbst möglich war“<sup>601</sup>. Etwas später erlegte das Ärztegesetz (*legeloven*)<sup>602</sup> den Ärzten für ihre Patienten eine Behandlungspflicht auf. „Jedweder Arzt ist auf das Ersuchen hin [...] verpflichtet, die ärztliche Hilfe, zu der er oder sein Stellvertreter fähig ist, zu leisten, wenn nach seiner Kenntnis [...] ärztliche Hilfe dringend notwendig ist.“<sup>603</sup> Entsprechende berufsrechtliche Regelungen wurden nach und nach in das Zahnarzt-, das Krankenpfleger-, das Hebammen-, und das Krankenhausgesetz von 1969<sup>604</sup> eingefügt.

All jene Rechtspflichten begründeten jedoch keinen individuellen Anspruch des Patienten auf Behandlung,<sup>605</sup> sie halfen nicht in den Fällen, in denen wegen Organisationsfehlern oder aus anderen Gründen die medizinische Versorgung nicht gewährleistet werden konnte. Es bedurfte also eines Anspruchsgegners, um in den Kommunen tatsächlich eine medizinische Versorgung zu gewährleisten und um zu sichern, dass in den Krankenhäusern der *fylker* spezielle Versorgungsangebote für die Einwohner vorgehalten würden.

---

<sup>599</sup> Halvorsen, S. 61.

<sup>600</sup> Lov av 22. mai 1902 nr 10: Almindelig borgerlig Straffelov.

<sup>601</sup> § 387 straffeloven: ”Med Bøder eller med Fængsel indtil 3 Maaneder straffes den, som undlader, uagtet det var ham muligt uden særlig Fare eller Opofrelse for ham selv eller andre [...] efter Evne at hjælpe den, der er i øiensynlig og overhængende Livsfare...”.

<sup>602</sup> Lov av 13. juni 1980 nr. 42.

<sup>603</sup> § 7 legeloven ”Enhver læge plikter på anmodning uoppholdelig å yde den lægehjelp han evner personlig eller ved stedfortreder, når han etter de foreliggende opplysninger eller sitt kjennskap til sykdomstilfellet må anta at lægehjelp er påtrengende nødvendig....

<sup>604</sup> Nach § 6 sykehusloven war die Unterlassung der gebotenen Behandlung strafbewehrt.

<sup>605</sup> Eskeland, Festschrift Eckhoff, S. 295, meint, dass sich aus der Pflicht der *fylker* zu Vorhaltung und Betrieb stationärer Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen kein individueller Anspruch der Patienten auf Behandlung ableiten lasse. Der Ausbau solcher Einrichtungen genösse nicht die notwendige hohe Priorität, sodass alle ihren gewünschten Platz erhalten könnten.

Durch die Übernahme der finanziellen Verantwortung für die spezielle Versorgung durch den Staat wurde die Volksversicherung von der Kostenpflicht für Krankenhausaufenthalte und andere spezielle Leistungen befreit. Mit Änderung des Sicherstellungsauftrages ging dem Patienten aber zugleich der Anspruchsgegner verloren, der bis dahin die Einlösung der Ansprüche aus der Versicherung geschuldet hatte.<sup>606</sup> Bis zum Ende der 1970er Jahre bestand im Hinblick auf Behandlungsansprüche also ein Normenmangel.

Eine wesentliche Stärkung der Patientenrechte erfuhr das Gesundheitswesen durch die Verabschiedung des Gesetzes über kommunale Gesundheitsdienstleistungen (*kommunehelsetjenesteloven*) von 1985. In diesem wurden erstmals Behandlungsansprüche gegen die Wohngemeinde festgelegt.

Was von Patientenverbänden begrüßt wurde, galt anderen als ein zu starker Eingriff des Zentralstaates in die kommunale Eigenverantwortung. Es wurde beklagt, dass der Staat mit seinen gesetzlichen Vorgaben manches verspreche, für das am Ende die Kommunen gerade stehen müssten.<sup>607</sup>

Man fürchtete zudem, dass neue Patientenrechte die Entscheidungsfreudigkeit von Gerichten und anderen Spruchkörpern auf Kosten der kommunalen politischen und administrativen Organe erhöhen könnten.<sup>608</sup> Der Zentralverband der Kommunen (KS) verlangte 1994: „detaillierte gesetzliche Ansprüche auf individuellem Niveau dürfen nicht in den Bereichen eingefügt werden, in denen Kommunen und *fylkeskommunen* die Verantwortung haben“.<sup>609</sup> Gesetzliche Vorgaben aus Oslo zwängen die Kommunen zu Maßnahmen in ihrem ureigenen Aufgabenbereich, um die Lebensbedingungen landesweit anzugleichen.<sup>610</sup> Dies sei aber weder möglich noch könne es gewollt sein.<sup>611</sup>

Zu den zunächst in der staatswissenschaftlichen Literatur vorgetragenen Problemen, namentlich der Verletzung des Subsidiaritätsprinzips und der durch zentralstaatliche Eingriffe nachhaltig erschütterten Garantie kommunaler Selbstverwaltung, gesellte sich alsbald die Kritik an den Finanzierungslasten,

---

<sup>606</sup> Zur Rechtsnatur des Anspruches als Sachleistung bzw. Kostenerstattung siehe S. 111.

<sup>607</sup> Sehr deutlich wird die Problematik auch bei der Frage der Langzeitpflege. Zu der Entwicklung und der Rechtssprechungsentwicklung und dem Fusa-Urteil siehe unter Abschnitt: A.VIII.7.c).

<sup>608</sup> Christensen, Velferdsstat, S. 13 m.w.N.

<sup>609</sup> Zit. nach Christensen, Velferdsstat, S. 13.

<sup>610</sup> Bernt, L&R 1996, S. 625, der auf das Rollenverständnis der Kommunalpolitik verweist, die sich - trotz starker zentralstaatlicher Beschränkungen durch zahlreiche Gesetze - als autonom und eigenverantwortlich empfindet.

<sup>611</sup> Bernt a.a.O.

welche die gesetzlichen Vorgaben den Gemeinden aufbürdeten.<sup>612</sup> Verbürgte das Gesetz eindeutig Behandlungsansprüche, so hätten die Kommunen eine entsprechende Infrastruktur vorzuhalten und einen erheblichen Teil ihrer Einnahmen zur Befriedigung der Ansprüche zu verwenden. Die Kritiker wählten drastische Beschreibungen und meinten, die Kommunen drohten vom „Würgegriff des Wohlfahrtsstaates“<sup>613</sup> erstickt zu werden.

Auch in der speziellen Versorgung wurde weiter um Patientenrechte gerungen. Dort war das Dilemma offensichtlich: Die Notwendigkeit zur Stärkung der Patientenrechte war zwar prinzipiell anerkannt und folglich sollte für die spezielle Versorgung ein dem Behandlungsanspruch in § 2 *kommunehelsetjenesteloven* entsprechendes Recht verankert werden. Gleichwohl schien klar, dass solche Ansprüche nicht über das Machbare hinausgehen könnten.<sup>614</sup>

In den folgenden Jahren wurden verschiedene Gesetzesentwürfe vor- und, nach heftigen Diskussionen, - wieder zur Seite gelegt. 1992 wurde von *Ståle Eskeland* ein Gesetzesvorschlag erarbeitet, der die Rechte der Patienten umfassend normierte. Unter anderem wurde ein Anspruch auf medizinische Untersuchung vorgeschlagen<sup>615</sup>, welcher um verbindliche Behandlungsfristen und sogar – bei Nichteinhaltung – um Geldbußen ergänzt war. Das Gesundheitsministerium war vor allem von der Festsetzung solcher Geldbußen wenig angetan und verwarf den Vorschlag, ohne ihn in das *Storting* einzubringen.<sup>616</sup>

Die Regierung wartete indessen 1994 mit einem Vorschlag auf, in dem ein Anspruch auf fachärztliche Behandlung nach vorheriger Überweisung des Allgemeinmediziners verbrieft werden sollte.<sup>617</sup> Nur ein Jahr später wurde ein weiterer Vorschlag unterbreitet, der einen generellen Behandlungsanspruch binnen drei Monaten begründen sollte.<sup>618</sup> Grundlage für die Diskussion und den langwierigen Gesetzgebungsprozess waren Bedenken, dass durchsetzbare Behandlungsansprüche untrennbar mit der immer schwieriger werdenden Allokation der knappen Ressource Gesundheit verbunden wären.<sup>619</sup> In der Diskussion um die Patientenrechte ließ sich die seit langem bestehende

---

<sup>612</sup> Sehr deutlich aber in einem kurzen Beitrag von Jerstad, L&R 1997, S. 513f., der das *Høyesterett* für seine „kommunen-feindliche“ Rechtssprechung in den Rs. Fusa (Rt. 1990, S. 874) u. a. tadelt.

<sup>613</sup> Fimreite, LOS Rapport 0105. Eine ganz ähnliche Wortwahl findet sich bei Bernt, Festskrift, S. 27ff.

<sup>614</sup> Innst. S. nr. 165 (1994-1995).

<sup>615</sup> NOU 1992:8 lovutkast § 2-1.

<sup>616</sup> Ramm, trygd og arbeid, 1996, nr. 10, S. 18.

<sup>617</sup> St. meld. nr. 50 (1993-1994).

<sup>618</sup> St. meld. nr. 44 (1995-1996).

<sup>619</sup> Dieser Zusammenhang wird besonders deutlich in den Ausarbeitungen des zweiten Lønning-Komitees (Lønning II - utvalg). NOU 1997:18 Prioriteringer på ny.



Fragestellung zum Verhältnis zwischen Bürger und Wohlfahrtsstaat wiedererkennen: Stehen individuelle Rechtsansprüche gegenüber dem Wohlfahrtsstaat *stets* unter dem Vorbehalt von dessen Leistungsfähigkeit?

In der Begründung eines Gesetzesvorschlages Ende der 1950er Jahre hieß es zu individuellen Ansprüchen gegen Staat, *fylker* oder Kommunen:

*„Die Mitglieder der Gesellschaft müssen damit rechnen können, dass die öffentliche Hand [bei der Disposition öffentlicher Mittel] ein billiges fachliches, soziales und menschliches Niveau einhält [...]. Dieses Niveau [...] darf indes nicht vom Wunschdenken bestimmt werden. Das Niveau muss auf den verschiedenen Feldern auf Grundlage dessen bestimmt werden, was praktisch durchführbar ist. Dies bedeutet, dass man in hohem Maße Rücksicht nehmen muss auf die ökonomischen Ressourcen, die [...] zur Verfügung stehen.“*<sup>620</sup>

Diese Aussage fand nicht nur die Unterstützung der Rechtsprechung<sup>621</sup>, sondern war auch in der Literatur allgemein vorherrschende Ansicht. Unter einem Behandlungsanspruch war allenfalls ein Anspruch auf „rationierte Leistungen“ zu verstehen, also ein Recht zur Teilhabe an der Verteilung knapper Leistungen.<sup>622</sup>

Daraus ergab sich die Frage, wie stark ein neu zu schaffender Anspruch sein sollte. Ein unbedingter Anspruch, der Hilfebedarf und Hilfeleistung konditional miteinander verknüpfte, kam nicht in Frage. Andererseits würde ein unter dem Vorbehalt vorhandener Kapazitäten stehender, bedingter Behandlungsanspruch die Patientenrechte wenig voranbringen. So wurde formuliert: „wo es nichts gibt, verliert auch der Kaiser sein Recht“<sup>623</sup>, was bildhaft auf die praktische Undurchsetzbarkeit von Ansprüchen hinwies. Die juristische Literatur sprach von einem Anspruch auf Konkurrenz um die wenigen freien Betten an Stelle eines wirklichen Behandlungsanspruchs.<sup>624</sup> Daneben stellte sich die Frage nach dem möglichen Maßstab der gerichtlichen Kontrolle. Konditional konstruierte Ansprüche wären umfassend gerichtlich überprüfbar. Sollte den verpflichteten Kommunen und *fylkern* aber ein Ermessensspielraum zustehen, erschöpfte sich die richterliche Kontrolle auf offensichtliche Ermessensfehler.

---

<sup>620</sup> Innstilling „Utkast til lov om statens og kommunenes erstatningsansvar“ (Kristen Andersen-komiteens instilling), 1958, zit. nach Eskeland, Festskrift Eckhoff, S. 294.

<sup>621</sup> Rt. 1990, S. 874 ff.

<sup>622</sup> Eskeland, Festskrift Eckhoff, S. 303 ff.

<sup>623</sup> Fimreite, Rapport 8-2003.

<sup>624</sup> Warberg, Kjønsstad-Syse, Eskeland in NOU 1992:8.

Für die Stärkung der Patientenrechte insgesamt setzten sich seit jener Zeit - und bis heute – namhafte Sozialrechtslehrer ein. *Alice Kjellevold*<sup>625</sup>, *Ståle Eskeland*, *Jan Fridthjof Bernt*,<sup>626</sup> *Marit Halvorsen*<sup>627</sup> und andere traten wiederholt dafür ein, Behandlungsansprüche im Gesetz festzuschreiben, sie handhabbar auszuformulieren und das Ermessen der Behörden zu beschränken. Besonders hervorzuheben ist an dieser Stelle das Werk von *Asbjørn Kjøenstad*. Der wohl führende norwegische Sozialrechtslehrer setzt sich seit Jahrzehnten für Patientenrechte ein.<sup>628</sup> In zahlreichen Veröffentlichungen wies er auf bestehende Defizite, insbesondere bei der Durchsetzbarkeit der Ansprüche, hin. Er hat durch sein Wirken zur Festigung der Rechtssicherheit beigetragen.

## **b) Rechtsnatur des Anspruchs**

Die juristische Literatur hat sich mit zahlreichen Fragestellungen von Behandlungsansprüchen auseinandergesetzt. Die Frage nach deren Rechtsnatur wurde hingegen bislang nicht abschließend beantwortet.

Betrachtet man den tatsächlichen Ablauf der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, lassen sich dogmatische Schwierigkeiten zunächst nicht erkennen. Das Rechtsverhältnis zwischen Berechtigtem und leistungspflichtiger Körperschaft ist dem öffentlichen Recht zuzuordnen. Einzige Voraussetzung des Anspruchs ist die Einwohnerschaft bzw. der dauerhafte Aufenthalt innerhalb der Grenzen der Gebietskörperschaft. Der Sicherstellungsauftrag des *pasientrettighetsloven* und des *kommunehelsetjenesteloven* verpflichtet die Kommunen zur Aufrechterhaltung einer funktionierenden Primärversorgung.

In dieses Verhältnis sind die Leistungserbringer einbezogen. Die Entscheidung über die Gewährung einer begehrten Behandlungsleistung trifft aber nicht der gesetzliche Vertreter der Kommune, sondern der dem Patienten gegenüberstehende Arzt, Physiotherapeut oder Pfleger. Deren fachliche Expertise entscheidet darüber, ob die Anspruchsvoraussetzungen des § 2-1 *kommunehelsetjenesteloven* bzw. § 2-1 *pasientrettighetsloven* erfüllt sind.

Dies führt zu der Frage, wie Rechtsverhältnis und Rechtsnatur der Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer zu bewerten sind.

---

<sup>625</sup> Vgl. nur: Kjellevold, Rettigheter.

<sup>626</sup> Aus seinem umfangreichen Schrifttum vgl. nur die Festschriftenbeiträge „Kveler velferdsstaten kommunaldemokratiet“, und „Rettssikkerhetsbegrep og kampen om velferdsstatens verdigrunnlag“, sowie L&R 1996, S. 625 ff, NOU 2004:18 Lovutvalg for bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning.

<sup>627</sup> Siehe v. a. Halvorsens Dissertation zu Behandlungsansprüchen in Krankenhäusern (Rett til behandling i sykehus) und ihre zahlreichen Zeitschriftenbeiträgen, vgl. nur L&R 2004, S. 143 ff.

<sup>628</sup> Sein umfassendes Schrifttum zu diesen Problemen kann hier nicht annähernd aufgeführt werden. Insofern wird auf das Literaturverzeichnis verwiesen.

Deren Zuordnung zum Privatrecht oder zum öffentlichen Recht scheint wie auch in anderen Rechtsordnungen ein unauflösbares Rätsel. Die Tatsache, dass diese dogmatische Frage eine relativ geringe Aufmerksamkeit in der juristischen Literatur erfährt, ist sicher auch mit dem Pragmatismus zu erklären, der Norwegens Rechtswissenschaftler kennzeichnet.<sup>629</sup> Daneben sind im heutigen Gesundheitswesen die Behandlungsansprüche ebenso normiert wie der Rechtsschutz bei Verletzungen. In dem Maße, in dem die einzelnen Rechtspflichten zwischen Leistungserbringern und Patienten sowie die Rechtsfolgen der Pflichtverletzungen durch spezielle Normen gesichert werden, vermindert sich das Interesse an einer grundsätzlichen Zuordnung des Rechtsverhältnisses. Schließlich besteht keine eigenständige Verwaltungsgerichtsbarkeit, sodass sämtliche Streitigkeiten vor den allgemeinen Gerichten ausgetragen werden. Mithin ist eine scharfe Abgrenzung beider Rechtsmaterien – jedenfalls für die Rechtswegklarheit – nicht geboten.<sup>630</sup>

Die Einordnung der Rechtsbeziehung zwischen Leistungserbringer und Patient bleibt dennoch rechtsdogmatisch interessant<sup>631</sup>, da sie das zwischen öffentlichem Recht und dem Privatrecht bestehende Spannungsfeld berührt. Wendet sich der Patient also an den Leistungserbringer als Vertragspartner und schließt einen Vertrag nach den Regeln des Zivilrechts? Oder erschöpft sich das Verhältnis Leistungserbringer und Patient lediglich in einer Reflexwirkung der Beziehungen zwischen Versorgungsträger und Patient einerseits und der vertraglichen Beziehung zwischen Leistungserbringer und dem Versorgungsträger andererseits?<sup>632</sup>

## **aa) Privatrechtlicher Vertrag**

---

<sup>629</sup> Sehr aufschlußreich Boe, in Festschrift, S. 113 ff., der deutlich macht, dass zwischen dem öffentlichen Recht und dem Privatrecht kein „Abgrund“ bestehen muß und ein Denken in neuen Bahnen fordert.

<sup>630</sup> Boe in Festschrift, S.122.

<sup>631</sup> Für die Paralleldiskussion im deutschen Recht spricht Dietrich Eberhardt von dem schlechten Zeugnis, welches sich die deutsche Zivilrechtswissenschaft ausstelle, „wenn sie nicht fähig wäre, eine Lebensbeziehung von solcher Bedeutung[...]auch dogmatisch zu bewältigen,..., dieser Beziehung das nach Lebensanschauung, praktischen Konsequenzen und Gesamtsystematik des bürgerlichen Recht passende rechtliche Gefäß zu geben.“, vgl. AcP 1971, (171. Jg.), S. 293. Demgegenüber halten zahlreiche Juristen die dogmatische Einordnung heute für wenig sinnbringend. Der englische Jurist Dawn Oliver formulierte: „It is more constructive to focus on what public law and private law have in common than on what are supposed to be the differences between them. (zit.: nach Boe, Festschrift, S. 114)

<sup>632</sup> Für das schwedische Recht meint Katzenmeier, S. 220, das Privatrecht habe keinerlei Bedeutung mehr für die Arzt-Patient-Beziehung. Sie sei vielmehr ganz von öffentlich-rechtlichen Vorschriften geprägt.

Die Zivilrechtsordnungen der nordischen Staaten basieren auf dem Prinzip der Vertragsfreiheit.<sup>633</sup> Sie wird verstanden als „die Freiheit, Verträge einzugehen, mit wem man will und mit dem Inhalt, auf den sich die Vertragsparteien einigen“<sup>634</sup>.

Diese typischen Merkmale von Vertragsfreiheit und Privatautonomie finden sich in einer Arzt-Patienten-Beziehung gerade nicht oder nur sehr abgeschwächt. Denn weder Umfang noch Modalität der Leistungen stehen zur Disposition der Vertragsparteien. Auch die Gegenleistung und ihre Höhe sind wesentlich fremdbestimmt. Betrachtet man exemplarisch die Beziehung zwischen Allgemeinmediziner und Patient am Grundmodell der Primärversorgung (*fastlegeordning* -*FLO*)<sup>635</sup>, wird die starke Beschränkung der Vertragsfreiheit deutlich. Das Wahlrecht des Patienten in der *FLO* erschöpft auf die verbindliche Bestimmung seines Hausarztes; selbst dieses Wahlrecht ist ihm durch öffentlich-rechtliche Vorschriften gegeben. Hernach besteht keine weitere Freiheit, seinen „Vertragspartner“ selbst zu bestimmen; ein Arztwechsel ist vielmehr erst wieder nach Fristablauf möglich.

Auch seitens des Arztes bestehen kaum Freiheiten: Er unterliegt dem Kontrahierungszwang gegenüber allen auf seiner Liste vermerkten Patienten.<sup>636</sup>

Die von ihm angebotene Leistung ist durch das öffentliche Recht reglementiert. So kann der Arzt zum Beispiel seine Therapiefreiheit nicht völlig ausschöpfen, da der Katalog zulässiger Behandlungsleistungen gesetzlich beschränkt ist. Desgleichen ist die Höhe seiner Vergütung nicht frei verhandelbar, sondern bestimmt sich – je nach Behandlungsleistung – nach staatlich verordneten Gebührensätzen. Vom Ideal der Vertragsfreiheit, der „heiligen Kuh der Privatautonomie“<sup>637</sup>, ist im Verhältnis von Patient und Leistungserbringer demnach wenig geblieben. Die privatrechtliche Sichtweise, die von einer Vertragskonstruktion zwischen Patient und Leistungserbringer ausgeht, kann demnach nicht voll überzeugen.

## **bb) Öffentlich-rechtliches Verhältnis**

---

<sup>633</sup> Sandgren, Sc. St. L. 1993, S. 164 ff.

<sup>634</sup> Ring/Olsen-Ring, Rn. 209. Für das dänische Recht vgl. Gomard, S. 14; Iversen-Nørgaard, S. 99. Für das schwedische Recht vgl. Malmstrøm og Agell, S. 71 ff.; Ebersohl, S. 71 ff. und Norstedt-Bernitz, S. 55.

<sup>635</sup> Näher dazu S. 91.

<sup>636</sup> Kjønstad (Festkrift Andenæs, S. 593) meint, der Arzt als Ausübender einer freien Berufsgruppe unterliege keinem Kontrahierungszwang und verweist auf Fälle, in denen Ärzte ablehnten, einen Mitarbeiter der Finanzverwaltung oder aber den Sohn eines Mannes, der zuvor den Arzt beleidigt hatte, zu behandeln. Jedoch ist die Aussage *Kjønstads* nach 25 Jahren und einer Vielzahl von neuen gesetzlichen Vorschriften überholt und erscheint heute kaum noch haltbar. Spätestens mit der Einführung der *FLO* wird man von einem bestehenden Kontrahierungszwang ausgehen müssen.

<sup>637</sup> Andersen-Nørgaard, S. 47.

Andererseits lässt auch eine öffentlich-rechtliche Sicht zahlreiche Fragen offen. Sieht man den Leistungserbringer als jemand an, der ausschließlich die öffentlich-rechtlichen Ansprüche der Patienten befriedigt, so muss zugleich die Frage nach dem *Wie* aufgeworfen werden. Unklar ist zunächst die Funktion des Leistungserbringers. Trifft er die Entscheidung über eine verlangte Behandlung als Teil der Verwaltung, d.h. als Beamter (*embetsmann*) oder Angestellter im öffentlichen Dienst (*tjenestemann*)? Ist der Leistungserbringer Verwaltungshelfer, dem Verwaltungsaufgaben Aufgaben kraft Delegation zugewiesen sind?<sup>638</sup>

Der öffentlich-rechtlichen Durchdringung der Arzt-Patient-Beziehung wurde auch Widerstand von den Leistungserbringern entgegengebracht. Sie betrachteten die Normierung von Rechtsansprüchen der Patienten als Eingriff in die Ausübung ihrer beruflichen Kunst, sahen die Freiheit ihrer Entscheidungen durch Rechtsansprüche beschränkt.<sup>639</sup>

Nach Auffassung des *Stortings* und der wohl herrschenden Meinung der verwaltungsrechtlichen Literatur können die privaten Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen generell nicht als Verwaltungsorgane im Sinne des Verwaltungsgesetzes (*forvaltningsloven*) handeln, obwohl sie sich wesentlich aus Leistungen des *folketrygdloven* finanzieren und sie bei der Verteilung öffentlicher Mittel beteiligt sind.<sup>640</sup>

Doch selbst wenn die Leistungserbringer der Verwaltung zuzuordnen wären, bliebe offen, welcher Handlungsform sie sich bedienten. Im allgemeinen Verwaltungsrecht besteht im Hinblick auf die Handlungsformen Typenzwang. Es unterscheidet traditionell je nach Regelungsgehalt zwischen dem Verwaltungsakt (*enkeltvedtak*)<sup>641</sup> und der faktischen Verwaltungshandlung (*faktisk handling*) als den beiden maßgeblichen Handlungsformen. Diese Unterscheidung wird bereits für die allgemeine Verwaltungslehre kritisiert, weil sie wesentlich an Hand des Regelungscharakters erfolge und mit ihr eine trennscharfe Zuordnung kaum

---

<sup>638</sup> Eckhoff-Smith, S. 149, meint, dass eine Delegation von Verwaltungskompetenzen an Einzelpersonen auf gar keinen Fall in Frage kommen könne.

<sup>639</sup> Ohnstad, KJ 2004, S. 124 m.w.N.

<sup>640</sup> Syse, *pasientrettighetsloven*, S. 37; Eckhoff-Smith, S. 172 mit Verweis auf St.meld. nr. 32 (1976-77), S. 65-65. Hingegen nahm die Rechtsprechung an, dass der Betrieb öffentlicher Krankenhäuser grundsätzlich in den Anwendungsbereich des *forvaltningsloven* fällt, Vgl. Rt.-1977-1035 (*sykejournal*). Die Richter bezweifelten aber - in Übereinstimmung mit St.meld. nr. 32 (1976-77), S. 65 ff. - das die Krankenhausaufnahme und die Anordnung einer infektionsbedingten Quarantäne Verwaltungsaktscharakter hätten. Eine Festlegung in dieser Frage konnte günstigerweise mangels Entscheidungserheblichkeit unterbleiben.

<sup>641</sup> Zur Begriffswahl: Teilweise wird der Begriff *forvaltningsavgjørelse* (etwa: Verwaltungsentscheidung) benutzt. Hier wird jedoch dem Sprachgebrauch des *forvaltningsloven* gefolgt und der Begriff *enkeltvedtak* verwendet.

möglich sei.<sup>642</sup> Zudem sei sie für die klassische Eingriffsverwaltung erdacht worden.<sup>643</sup> Sie verursache hingegen erhebliche Schwierigkeiten in der Leistungsverwaltung, wo die Grenzen zwischen Verwaltungsakt und Realakt völlig zu verschwimmen drohten.

Diese Ansicht vertrat schon das Verwaltungskomitee (*forvaltningskomité*)<sup>644</sup>, welches in den 1950er Jahren zur Stärkung der Rechtssicherheit im Verwaltungsrecht grundlegende Gesetzesvorschläge erarbeiten sollte. Zwar wurde die Bedeutung des Legalitätsprinzips für die Verwaltung grundsätzlich betont. Man meinte, die Ausübung staatlicher Gewalt durch die Verwaltung dürfe nur aufgrund gesetzlicher Grundlage erfolgen. In dieser Gewaltausübung zeige sich sodann das Über- und Unterordnungsverhältnis zwischen dem sein Sonderrecht gebrauchenden Staat und dem Adressaten.<sup>645</sup>

Das Komitee anerkannte auch, dass staatliches Handeln ausnahmsweise auch ohne Eingriffskompetenznorm erfolgen kann, soweit „...Gelder bewilligt, ein Entschluss über [finanzielle] Unterstützung, über öffentliche Leistungen und Vorteile oder andere öffentliche Güter getroffen werden, welche in den einzelnen Bereichen der Verwaltung für bestimmte Ziele zur Verfügung stehen.“<sup>646</sup> Als Beispiel dafür benannte das Komitee u.a. kommunale Ordnungen betreffend Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten. Ausdrücklich als nicht zu seinem Mandat gehörig erachtete das Komitee „staatliche Unternehmenstätigkeit“ (*statens forretningsvirksomhet*), zu dem es die zahlreichen staatlichen Monopolbetriebe und staatseigenen Unternehmen dieser Zeit genau so zählte, wie die Leistungsgewährung „in Verbindung mit Unterrichtung, Forschung und dem Gesundheitswesen“<sup>647</sup>.

Mit den so definierten Grenzen der Untersuchungstätigkeit wurde zugleich deutlich, dass die Entscheidungen über die Leistungsgewährung im Gesundheitswesen nicht als Verwaltungsentscheidungen im herkömmlichen Sinne anzusehen, sondern als Leistungen nach Ermessen der zuständigen Behörden zu verstehen seien. Folglich stünde, wenn die Verwaltung die Leistung nicht gewährte, der Bürger nicht schlechter, als zuvor; er würde folglich nicht in seinen

---

<sup>642</sup> Graver, *Forvaltningsrett*, S. 198. Zur Problemstellung im dänischen Recht: Ketscher, S. 353.

<sup>643</sup> Ohnstad, *Kritisk Juss* 2004, S. 121.

<sup>644</sup> Das Komitee *til å utrede spørsmålet om mer betryggende former for den offentlige forvaltningen* (Forvaltningskomiteen) gab am 13. März 1958 sein umfangreiches Gutachten ab. Abgedruckt in: *Innstillinger og betenkninger*, 1958 Bd. II.

<sup>645</sup> Forvaltningskomiteens innstilling, S. 3.

<sup>646</sup> Forvaltningskomiteens innstilling, S. 3.

<sup>647</sup> a.a.O.

Rechten verletzt.<sup>648</sup> Auf eine Einordnung des Rechtscharakters solcher Entscheidungen kam es mithin gar nicht an. Diese Ansicht wurde auch von der älteren Verwaltungsrechtslehre<sup>649</sup> und dem Justizministerium<sup>650</sup> gestützt.

*Eivind Smith* weist jedoch zutreffend darauf hin, dass das *forvaltningskomité* ein hoheitliches Tätigwerden in der Leistungsverwaltung nicht für völlig ausgeschlossen hielt. Es sei vielmehr zwischen der tatsächlichen Handlung –

etwa der durchgeführten Behandlungspflege –und der dahinter stehenden Entscheidung selbst zu differenzieren.<sup>651</sup> Diese entbehre im Gegensatz zu jener nicht der Regelungswirkung. Der Einwand ist dogmatisch richtig, doch verhilft er nicht zum Ziel. Die Frage nach dem Regelungscharakter verlagert sich durch diese Unterscheidung in eine andere Ebene, ohne dass sie dort gelöst würde.

Mit der zunehmenden Verrechtlichung des Wohlfahrtsstaates<sup>652</sup> und der gesetzlichen Verankerung von Behandlungsansprüchen ist die traditionelle Sichtweise der Verwaltungslehre überholt. Schrittweise setzte sich die Erkenntnis durch, dass der Staat neben klassischen Freiheitsrechten im Sinne von Abwehrrechten (*status negativus*) auch die Teilhabe (*status positivus*) garantiert.<sup>653</sup>

Doch auch nach moderner Verwaltungsrechtsdogmatik ist nicht klar, wie Entscheidungen über die Gewährung von Behandlungsleistungen einzuordnen sind. Nur für einzelne Entscheidungen im Gesundheitswesen hat der Gesetzgeber den Verwaltungsaktscharakter gesetzlich bestimmt. So handelt es sich bei den Entscheidungen über die Zuteilung eines Pflegeplatzes in kommunalen Einrichtungen nach dem *kommunehelsetjenesteloven* und dem *sosialtjenesteloven* um Verwaltungsakte.<sup>654</sup> Für andere Handlungen ist deren Rechtscharakter bis heute ungeklärt. Zwei extreme Beispiele belegen die Bandbreite der Möglichkeiten und zugleich die Schwierigkeit der Einordnung:

So wird etwa dann ein Verwaltungsakt angenommen, wenn Zwangsmaßnahmen nach dem Gesetz zum Schutze der psychischen Gesundheit (*psykisk*

---

<sup>648</sup> Boe, Stensilserie A, S. 7.

<sup>649</sup> Vgl. A. Frihagen, S. 290. Eivind Smith meint hingegen, für die Anwendung verwaltungsrechtlicher Regeln bei der Leistungsgewährung spreche vieles (zitiert nach Kjønstad-Festskrift Andenæs, S. 594.).

<sup>650</sup> Justisdepartementets uttalelser nr. 586/71 E, zit. nach Ohnstad, KJ 2004, S. 125.

<sup>651</sup> Smith, Tjenesteyting, S. 33.

<sup>652</sup> Mit zahlreichen Nachweisen zu Literaturbeiträgen rund um die Patientenrechte, Kjønstad, Helserett, S. 131ff.

<sup>653</sup> Fossetøl, S. 15.

<sup>654</sup> Syse - pasientrettighetsloven, S. 36. Dabei ist ein Regel-Ausnahme-Prinzip bestimmt. Hiernach kommt das *forvaltningsloven* grundsätzlich im Anwendungsbereich des *komunehelsetjenesteloven* nicht zur Anwendung (§ 2-1). Ausnahmsweise ist für o.g. Entscheidung aber ein Verwaltungsaktscharakter bestimmt.

*helsevernloven*) angeordnet werden.<sup>655</sup> Hier scheint einzig das öffentliche Recht zur angemessenen Regelung geeignet und dem Privatrecht bleibt kein Raum.<sup>656</sup> Entsprechend wird auf die Regelungen im Verwaltungsgesetz (*forvaltningsloven*) verwiesen.<sup>657</sup>

Im Gegensatz dazu wäre es sehr befremdlich, wenn in jeder Entscheidung des Leistungserbringers eine eigene Regelung läge. Der Entscheidung über die Frage, welches Essen der Patient im Krankenhaus bekommen soll, kann schwerlich Regelungscharakter zugemessen werden.<sup>658</sup> Hierbei und in ähnlich gelagerten Fällen muß nach Ansicht gewichtiger Stimmen in der norwegischen Verwaltungsrechtslehre eine vertragsrechtliche Lösung bemüht werden.<sup>659</sup>

In der juristischen Literatur wurde zum Teil versucht, eine Trennung im Hinblick nach Art der Versorgung vorzunehmen.<sup>660</sup> Danach wäre die Primärversorgung überwiegend dem Privatrecht zuzuordnen, da der Patient hier einem einzelnen Leistungserbringer gegenüber tritt und die sodann erfolgende Behandlung den Charakter einer höchstpersönlichen Dienstleistung gewinnt. In der Krankenhausversorgung – und dort insbesondere der psychiatrischen Versorgung – sollen hingegen die Regeln des öffentlichen Rechts vorherrschen. Hier wird die Stellung des Patienten als mit der üblichen Stellung des Bürgers gegenüber der staatlichen Verwaltung gleichwertig angesehen. Diese ist gehalten, nach dem Gesetz und frei von Ermessensfehlern die knappe Ressource Gesundheit zu verteilen.<sup>661</sup> Diese Zweiteilung orientiert sich stark an den bestehenden Unterschieden in der Lebenswirklichkeit und vermag indes dogmatisch wenig zu überzeugen. Zuzustimmen ist aber der Aussage, dass ein einfaches „entweder-oder“ als Zuordnung ausscheiden muss.<sup>662</sup>

Auf einem weiteren – originellen – Wege wurde versucht, das Zuordnungsproblem zu beheben. So wurde vom Gesetzgeber gefordert, die

---

<sup>655</sup> Kjønstad-Festskrift Andenæs, S. 597 hält hier einen Verwaltungsakt für eine mögliche Handlungsform.

<sup>656</sup> Dies soll zumindest für Zwangseinweisungen u.ä. Maßnahmen gelten. Obschon die Anwendung des Verwaltungsgesetzes (*forvaltningsloven*) gesetzlich ausgeschlossen ist, können diese Maßnahmen immerhin gerichtlich überprüft werden. Hieraus wird entlehnt, es müsse sich um Maßnahmen der Eingriffsverwaltung, mithin solchen des öffentlichen Rechts handeln. Unklar ist die Lage indes, wenn Patienten selbst die Einweisung wünschen. Vgl. für Hinweise zum Streitstand, Kjønstad-Festskrift Andenæs, S. 597f.

<sup>657</sup> § 1-6 psykisk helsevernloven.

<sup>658</sup> Smith, Tjenesteyting, S. 21 nennt ähnliche Beispiele: Die Haushaltshilfe, die den Boden reinigt, den Busfahrer, der den Bus fährt und den operierenden Arzt.

<sup>659</sup> Eckhoff-Smith, S. 321 meinen, dass die gegenseitigen Rechte und Pflichten von Bewohnern und Patienten und den sie beherbergenden stationären Einrichtungen im Vertragsrecht gründen.

<sup>660</sup> Kjønstad, Festskrift Andenæs, S. 597 ff.

<sup>661</sup> Kjønstad, a. a. O.

<sup>662</sup> Kjønstad, a. a. O.



privaten stationären Einrichtungen in den Anwendungsbereich des *forvaltningsloven* einzubeziehen.<sup>663</sup> Dieser Lösungsvorschlag muss allerdings im Zusammenhang mit seiner Entstehungszeit gesehen werden. Wegen des in den 1980er Jahren bestehenden Normenmangels bei Patientenrechten bedurfte es Lösungen wie etwa zur Konstruktion eines Informations- und Dokumentationsanspruchs der Patienten. Aus dem Zivilrecht ließen sich diese aber nicht herleiten. Der Versuch, auch private Einrichtungen in den Anwendungsbereich des Verwaltungsgesetzes einzubeziehen, sollte den Patienten Zugang zu den im Verwaltungsrecht verbrieften Rechten – wie etwa dem Recht auf Dokumenteneinsicht (*adgang til visse slags opplysninger*, § 18 ff. *forvaltningsloven*) – verschaffen.<sup>664</sup>

Dogmatisch handelt es sich dabei um einen Irrweg, der sich mit der Wertung des *forvaltningslovens* und den Grundsätzen der Verwaltungsrechtslehre kaum vereinbaren lässt. Mittlerweile ist dieser Vorschlag auch deswegen überholt, da die meisten der seinerzeit vermissten Rechte unterdessen spezialgesetzlich geregelt worden sind.

Im Ergebnis wird man sagen können, dass das Privatrecht die Grundlage für die Rechtsbeziehung zwischen Patient und Leistungserbringer bildet, es dabei aber vom öffentlichen Recht stark überlagert wird. Obwohl diese Mischform nicht zum traditionellen Diktum passt, dass eine klare Grenzziehung zwischen dem Privatrecht und dem öffentlichen Recht immer möglich sein müsse, ist sie in vielen Rechtsordnungen mittlerweile bekannt und anerkannt.

Auch wenn die ursprüngliche Vertragsfreiheit zum Idealtypus ohne Inhalt verblasst, weil sie vom öffentlichen Recht überformt ist, wollte niemand am Bestehen der Vertragsfreiheit als solcher zweifeln. Vielfach mag diese Freiheit durch Verbraucherschutznormen, durch Anti-Diskriminierungsvorschriften oder gar durch öffentlich-rechtliche Preisfestsetzungen eingeschränkt sein, ohne dass deswegen der Vertrag als Grundkonstruktion angezweifelt werden könnte.<sup>665</sup>

Auch auf der Rechtsfolgenseite finden sich Argumente für eine privatrechtliche Einordnung der Rechtsbeziehung. In den meisten Rechtsordnungen bestand vor dem Aufkommen des öffentlich-rechtlichen Versicherungswesens einzig der privatrechtliche Behandlungsvertrag als mögliche Erklärungsmöglichkeit. Entsprechend waren die Rechtsfolgen von Behandlungsfehlern vertragsrechtlich

---

<sup>663</sup> Olsen, L&R 1982, S.265 ff.

<sup>664</sup> Olsen, L&R 1982, a.a.O.

<sup>665</sup> Vgl. auch Boe in Festschrift, S. 116 ff., der einige Beispiele für die öffentlich-rechtliche Überformung des Zivilrechts aufzählt. Zur Entwicklung des sog. social contract law im nordischen Rechtskreis vgl. Sandgren, Sc. St. L. 1993, S. 166 f.

ausgestaltet bzw. begründen als deliktische Handlungen privatrechtliche Schuldverhältnisse. Mit der in den nordischen Ländern ab den 1970er Jahren eingeführten Schadensübernahme durch öffentliche Erstattungssysteme wandte man sich von der traditionellen, deliktsrechtlichen Rechtsfolgenlösung ab.<sup>666</sup> Gerade in dem Bestreben, die herkömmlichen Schwierigkeiten des Zivilprozeßrechts zu umgehen, erweist sich, dass das Rechtsverhältnis seine Verankerung im Zivilrecht finden muss. Diese Konstruktion ist der verwaltungsrechtlichen Herangehensweise überlegen. Dass muss bei der Krankenhausversorgung aber genauso gelten wie in der Primärversorgung. Soll nicht jede Pflegekraft und jeder technische Angestellter einer stationären Einrichtung als Glied staatlicher Verwaltung gelten, kommt man um eine vertragliche Konstruktion schwerlich herum – vor allem wenn im Gesundheitswesen immer mehr private Akteure tätig werden. Kann die staatliche Trägerschaft der allermeisten Krankenhäuser zur Begründung einer verwaltungsrechtlichen Konstruktion bereits notfalls noch mit Schwierigkeiten bemüht werden, versagt dieser Ansatz bei Privatkliniken völlig.

### **c) Patientenrechtgesetz 1999**

Nach jahrelangen Vorarbeiten wurde am 02.07.1999 das Gesetz über die Patientenrechte (*pasientrettighetsloven*) erlassen.<sup>667</sup> Es regelt umfassend die Rechte der Patienten. Ergänzende Regelungen finden sich in dem am gleichen Tage neu gefassten Gesetz über die Angestellten im Gesundheitswesen (*helsepersonellloven*).<sup>668</sup> Das *pasientrettighetsloven* gilt in der gesamten Gesundheitsversorgung. Schuldner der erforderlichen Behandlung ist für die allgemeinmedizinische Versorgung die Kommune und für die spezielle Versorgung regelmäßig der Zentralstaat, für bestimmte Behandlungen hingegen das *fylke*. Das Gesetz hat vor allem die in der speziellen Versorgung bestehende Normenlücke geschlossen, indem es dem im *kommunehelsetjenesteloven* für die Primärversorgung bestehenden Anspruch für die spezielle Versorgung begründete. Es regelt detailliert die Rechte und Pflichten im Verhältnis zwischen Patienten und Arzt bzw. medizinischem Personal und fasst zahlreiche Rechte der medizinischen Behandlung zusammen. So wird Rechtsklarheit geschaffen, wo bislang Richterrecht galt. Es werden zentrale Begriffe des Gesundheitswesens, wie etwa „Patient“, „Angehöriger“ oder „Krankenhilfe“ definiert. Den Kern des

---

<sup>666</sup> Siehe dazu Abschnitt A.VIII.8

<sup>667</sup> Lov av 02.07.1999 nr. 63 om pasientrettigheter (*pasientrettighetsloven – pasrl*).

<sup>668</sup> Lov 02.07.1999 nr. 64 om helsepersonell (*helsepersonelloven - hpl*).

<sup>668</sup> St. meld. nr. 85 (1970-71).

Gesetzes bilden die Vorschriften über die Behandlungsansprüche im engeren Sinne (Kap. 2). Flankierend werden Informations- (Kap. 3) und Einsichtsrechte (Kap. 5) sowie weitere Einzelansprüche geregelt.

#### **d) Ansprüche aus dem Patientenrechtegesetz**

##### **aa) Anspruch auf medizinische Versorgung (Primärversorgung)**

Zahlreiche Gesetze und Vorschriften über die Rechtsbeziehungen der Einwohner zu ihrer Wohngemeinde bedurften in der Nachkriegszeit einer umfassenden Reform. Nachdem 1969 mit dem Krankenhausgesetz (*sykehusloven*) die spezielle Versorgung erstmals umfassend geregelt worden war, erschien der Bedarf einer umfassenden Regelung des Gesundheitswesens „außerhalb der Krankenanstalten“<sup>669</sup> umso größer. Im Jahre 1979 wurden die Gutachten (*Norges Offentlige Utredninger* - *NOU*) „Über die Gesundheitspolitik“<sup>670</sup> und „Gesundheits- und Sozialdienste in der lokalen Gemeinschaft“<sup>671</sup> vorgelegt, welche die Grundlage späterer Gesetzesentwürfe bildeten. 1982 wurde schließlich das Gesetz über die kommunalen Gesundheitsdienste (*kommunehelsetjenesteloven* - *khl.*) erlassen, welches den Kommunen die Primärversorgung auferlegte und einen gegen die Kommune gerichteten Behandlungsanspruch statuierte.

Der Anspruch auf Sicherstellung der Primärversorgung war von nun an statt gegen die Volksversicherung (*folketrygd*) direkt gegen die Wohnortgemeinde gerichtet. Nach § 2-1 *kommunehelsetjenesteloven* hat seitdem jede sich im Gebiet einer Gemeinde aufhaltende Person einen Anspruch auf medizinische Hilfe. Die Vorschrift unterscheidet nicht zwischen Personen mit Wohnsitz in dem Gebiet und Personen, die sich lediglich kurzfristig in der Kommune aufhalten. Die Wortwahl der Vorschrift „*enhver*“ – „ein jeder“ – macht deutlich, dass weder Staatsangehörigkeit noch Mitgliedschaft in der *folketrygd* Voraussetzungen für den Behandlungsanspruch sind. Anspruchsinhaber kann deswegen auch ein Tourist sein, ein innerhalb des Gemeindegebiets beschäftigter Arbeitnehmer, oder aber eine auf der Durchreise befindliche Person.<sup>672</sup> Materiellrechtlich hat sich hieran durch das Patientenrechtegesetz wenig geändert; in § 2-1 *pasientrettighetsloven* wird lediglich die zentrale Anspruchsnorm aus § 2-1 *kommunehelsetjenesteloven* wiederholt.

##### **bb) Anspruch auf spezielle medizinische Versorgung**

---

<sup>669</sup> St. meld. nr. 85 (1970-71).

<sup>670</sup> NOU 1979:10 (Om helsepolitikken)

<sup>671</sup> NOU 1979:28 (Helse- og sosialtjenesten in lokalsamfunnet).

<sup>672</sup> Ot. prp. nr. 66 (1981-82), S. 32.

Die übergeordnete Verantwortung für die spezielle Versorgung liegt beim Zentralstaat (§ 2-1 *spesialisthelsetjenesteloven*). Der Anspruch auf Leistungen der speziellen Gesundheitsversorgung richtet sich gegen die überregionalen Versorgungsträger (*regional helseforetak* – RHF). Diese Träger sind eigenständige Subjekte des öffentlichen Rechts und zugleich Glieder der unmittelbaren zentralstaatlichen Gesundheitsverwaltung in den jeweiligen Wohnregionen der Patienten.<sup>673</sup>

Im Unterschied zur Primärversorgung kann die Behandlung in Krankenhäusern und anderen speziellen Einrichtungen jedoch nur verlangt werden, wenn sie einen Nutzen für den Patienten (*forventet nytte*)<sup>674</sup> erwarten lässt und die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum Effekt der Maßnahme (*rimelig forhold*) stehen.<sup>675</sup> Die Einfügung einer Kostenverhältnismäßigkeit wurde von der Literatur kritisiert, weil hierdurch eine entscheidende Verbesserung der Patientenrechte im Gegensatz zur vorherigen Rechtslage nicht eintreten würde und der Verwaltung nach wie vor zu viel Ermessensspielraum beließe.<sup>676</sup> Dieser Kritik ist zuzugeben, dass – abseits aller ethischen Fragen – das Kosten-Nutzen-Verhältnis wegen der unscharfen Formulierung kaum handhabbar ist. Die Gesetzesmaterialien und die ausfüllende Vorschrift<sup>677</sup> schweigen sich über mögliche Fälle aus, in denen die Behandlung aus Kostengründen versagt werden könnte. Bislang ist hierzu keine Rechtsprechung ergangen und auch die Literatur wagt kaum mehr als Vermutungen über mögliche Anwendungsfälle.<sup>678</sup>

Der Behandlungsanspruch im Rahmen der speziellen Versorgung ist in zwei Stufen zu realisieren. Ausgangspunkt ist der Anspruch auf Untersuchung binnen 30 Werktagen.<sup>679</sup> Hiervon ist die Behandlungsfrist zu unterscheiden, die gemäß § 2-1 *pasientrettighetsloven* von dem zuständigen Versorgungsträger individuell festgelegt wird und deren Höchstdauer sich anhand der medizinischen

---

<sup>673</sup> Zur Organisation der speziellen Versorgung siehe S. A.VI.297.

<sup>674</sup> In der Forskrift av 01. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd ist legal definiert, was unter dem erwarteten Nutzen zu verstehen ist. Danach muß es gut dokumentiert sein „dass aktive medizinische Behandlung die Lebensdauer oder Lebensqualität des Patienten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit wird, daß der Zustand sich ohne Behandlung verschlechtern wird oder dass Behandlungsmöglichkeiten durch die Aussetzung der Behandlung verspielt werden.“

<sup>675</sup> § 2-1 Abs. 2 S. 2 *pasientrettighetsloven*.

<sup>676</sup> Bernt, Rettssikkerhetsbegrepet, S. 171. Halvorsen, L&R 2004, S. 145.

<sup>677</sup> Forskrift av 01. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd.

<sup>678</sup> Kjønstad, Helserett, S. 206. NLK-syke-pasientrettighetsloven, § 2-1, note 16.

<sup>679</sup> § 2-2 *pasientrettighetsloven*.

Notwendigkeit bemisst.<sup>680</sup> Erst durch die Fristbestimmung erhält der Patient einen rechtsverbindlichen Behandlungsanspruch gegenüber dem Krankenhausträger, er wird zum *rettighetspasient*.<sup>681</sup>

Um das Behandlungsziel fristgerecht zu erreichen, ist zunächst das Leistungsangebot der Einrichtungen innerhalb der jeweiligen Wohnregion auszuschöpfen. Daneben kann der regional zuständige Leistungsträger zur Erfüllung seiner Leistungspflicht freie Kapazitäten anderer staatlicher Krankenhäuser oder vertraglich gebundener Privateinrichtungen in anderen Gesundheitsregionen oder im Ausland nutzen. In der Folge muss er die dort entstehenden Behandlungskosten übernehmen.

Bei Überschreitung der Behandlungsfrist (*fristbrudd*) ist davon auszugehen, dass der Leistungsträger seine Pflicht nicht erfüllen kann. Folglich kann der Patient Dienstleistungen privater Dienstleister innerhalb oder außerhalb der Landesgrenzen in Anspruch nehmen.<sup>682</sup>

Die Rechtsqualität dieses Anspruchs bleibt indes sowohl hinter den Erwartungen im Gesetzgebungsverfahren als auch den Verheißungen des Wortlauts zurück. Nach Vorstellung einzelner Mitglieder des am Gesetzgebungsverfahren beteiligten Sozialkomitees im *Storting* sollte die Funktionsweise der Behandlungsfrist einer Vertragsgestaltung ähnlich sein. Zwischen der Einrichtung und dem Patienten würde individuell eine Frist zur Behandlung vereinbart. Eine verspätete Behandlung wäre damit als Vertragsverletzung zu qualifizieren; deren Rechtsfolge wäre die Naturalrestitution durch ein Deckungsgeschäft. Ohne klagen zu müssen, sollte sich der Patient die notwendige Behandlung in einer anderen Einrichtung auf Kosten des säumigen Schuldners verschaffen können.<sup>683</sup>

Entgegen der durch den Wortlaut der Vorschrift begründeten Vermutungen besteht kein freies Wahlrecht. Vielmehr ist eine eigens dafür geschaffene Anlaufstelle bei den Sozialversicherungsbehörden (*NAV - Pasientformidling*) dafür verantwortlich, die notwendige Behandlung zu verschaffen, es kommt somit zum Schuldnerwechsel.<sup>684</sup> Dem Wesen nach ähnelt dieser Behandlungsanspruch

---

<sup>680</sup> Vgl. Ot. prp. nr. 63 (2002-2003), S. 38: Die Frist soll nicht von der Kapazität abhängen, die in der jeweiligen Region besteht, sondern nur von der ärztlichen Einschätzung der Zumutbarkeit.

<sup>681</sup> SHDir - Rundskriv 07/2004, S. 12.

<sup>682</sup> § 2-1 Abs. 4 pasientrettighetsloven.

<sup>683</sup> Innst. O. nr. 91 (1998-1999), S. 21.

<sup>684</sup> Man hielt es für sinnvoll, die Verantwortung für die Vermittlung so genannter „Fristbruchpatienten“ einem einheitlichen Verwaltungsträger auf zentralstaatlicher Ebene zuzuweisen. Das Rikstrygdeverket (RTV) schien wegen seiner langjährigen Erfahrungen im Einkauf von Leistungen und vor allem bei der Patientenvermittlung ins Ausland mehr geeignet als andere in Frage kommende Verwaltungskörperschaften und bekam folglich

nach verstrichener Frist einer Ausfallhaftung,<sup>685</sup> bei der die Leistungspflicht des eigentlich zuständigen staatlichen Krankenhausträgers (*RHF*) fortbesteht und die Kosten der verschafften Behandlung vom eigentlich zuständigen Träger zu tragen sind.<sup>686</sup> Schlägt der Patient das von der Vermittlungsstelle unterbreitete Behandlungsangebot jedoch aus, soll aber sein Verschaffungsanspruch erlöschen und ihm lediglich die Möglichkeit verbleiben, sich wieder an den ursprünglich zuständigen Träger zu wenden.<sup>687</sup> In der Praxis scheint sich die gewählte Konstruktion zu bewähren. Von ca. 1.100 angemeldeten und festgestellten Fristüberschreitungen im Jahr 2006 gelang es den zuständigen Versorgungsträgern die Behandlung für mehr als die Hälfte der Patienten selbst sicherzustellen. Der verbleibende Teil wurde von der Patientenvermittlungsstelle fast vollständig an andere Einrichtungen vermittelt, nur in wenigen Fällen gelang die Verschaffung eines Behandlungsangebotes nicht. Diese Patienten wurden an die jeweils zuständigen Träger zurückverwiesen.<sup>688</sup>

### **cc) Recht auf freie Krankenhauswahl**

Auch das Recht der freien Krankenhauswahl (*fritt sykehusvalg*)<sup>689</sup> ist das Ergebnis des langandauernden politischen Ringens um die Senkung der Wartezeiten für stationäre Behandlung.<sup>690</sup> Die Vorschrift ist im Zusammenhang mit der Flexibilisierung der Versorgungszuständigkeiten zu sehen. Waren ursprünglich ausschließlich die Heimat-*fylker* des Behandlung Suchenden für die Deckung seines Bedarfs an solchen Behandlungsleistungen verantwortlich, hat der Patient heute das Recht, das Krankenhaus frei zu wählen. Von der zur Wahl zwischen allen in staatlichem Eigentum stehenden sowie den vertraglich gebundenen Privatkliniken, erhoffte man sich eine Verkürzung der Wartelisten. Ausgangspunkt ist wiederum die Zuständigkeit der jeweiligen regionalen Krankenhausträgersgesellschaft am Wohnort des Patienten ist.<sup>691</sup> Folglich richtet sich der Untersuchungsanspruch<sup>692</sup> nach allgemeiner Ansicht gegen die Heimatregion, was sich in vielen Fällen mit dem Interesse der Patienten und

---

diese Aufgabe zugewiesen. Vgl. zu den Einzelerwägungen Ot. prp. nr. 63 (2002-2003), S. 40 und 41.

<sup>685</sup> Kjønsdal/Syse, S. 208.

<sup>686</sup> § 6 Forskrift av 01. desember 2000 nr. 1208.

<sup>687</sup> Schriftliche Auskunft der Patientenvermittlungsstelle in Sarpsborg (Østfold). Woraus sich das Erlöschen des Anspruches ergeben soll, ist indessen nicht klar.

<sup>688</sup> Schriftliche Auskunft der Patientenvermittlungsstelle und unveröffentlichter Bericht über die Tätigkeit, beides vom 18.04.2007.

<sup>689</sup> § 2-4 pasientrettighetsloven.

<sup>690</sup> Genauer zu den Gründen für die Einführung: Vrangbæk/Østergren, Rokkan Centre Working Paper 5-2004, S. 16 ff.

<sup>691</sup> § 2-1a spesialisthelsetjenesteloven.

<sup>692</sup> § 2-2 pasientrettighetsloven.

Angehörigen decken wird. Der Patient ist rechtlich nicht durch regionale Grenzen gehindert, seine Behandlung in einer anderen Region zu suchen, sei es wegen der erwartenden Wartezeit für die Behandlung oder der leichteren Erreichbarkeit einer Einrichtung. Macht der Patient von seinem Wahlrecht Gebrauch, darf er nicht auf die Behandlung in seiner Heimatregion verwiesen werden. Nimmt der Patient die Behandlung einer Einrichtung in einer anderen als der eigenen Region (2-2 *pasientrettighetsloven*) wahr, schuldet diese der behandelnden Einrichtung Ersatz der aufgewendeten Behandlungs- sowie notwendige Reisekosten.<sup>693</sup> Die oberste Gesundheitsbehörde (*Sosial- og Helsedirektoratet*) hat zur praktischen Umsetzung des Rechtsanspruchs auf freie Krankenhauswahl die Voraussetzungen durch Einrichtung einer Internetplattform geschaffen, auf welcher die Kapazitäten jeder Einrichtung nach einzelnen Diagnosen und Therapieformen aufgeschlüsselt abgerufen werden können.<sup>694</sup>

#### **dd) Anspruch auf Notfallversorgung**

§ 2-1 Abs. 1 S.1 *pasientrettighetsloven* verschafft einen Anspruch auf akutmedizinische Versorgung (*rett til øyeblikkelig hjelp*) für jeden, der sich auf norwegischem Territorium aufhält. Voraussetzung ist lediglich, dass ein dringend notwendiger (*påtrengend nødvendig*) medizinischer Hilfebedarf besteht, den nach § 2-2 *pasientrettighetsloven* Angehörige medizinischer Heilberufe zu ermitteln haben.<sup>695</sup> Die Wortwahl „augenblickliche Hilfe“ (*øyeblikkelig hjelp*) verdeutlicht, dass sich der Behandlungsanspruch auf die Abwendung akuter Lebensgefahr beschränkt. In dieser Notlage kann dem Patient die nötige Behandlung weder wegen knapper Kapazitäten verweigert,<sup>696</sup> noch kann er auf Wartelisten verwiesen werden.<sup>697</sup>

#### **ee) Informationsrechte**

---

<sup>693</sup> Kjønstad, Helserett, S. 209.

<sup>694</sup> <http://www.frittsykehusvalg.no>

<sup>695</sup> Die Angehörigen medizinischer Heilberufe werden in § 7 helsepersonelloven legal definiert.

<sup>696</sup> Ot. prp. nr. 13 (1998-1999), 5.1. Halvorsen, L&R 2004, S. 151, sieht indes in § 2-1 Abs.2 S.2 *pasientrettighetsloven* eine Art Ressourcenvorbehalt: Hiernach soll auch die akutmedizinische Versorgung nur erfolgen, wenn von ihr ein Nutzen zu erwarten ist. Die Intention des Gesetzgebers ist an dieser Stelle schwer zu erahnen. Nach Halvorsen ergibt sich eine solche Einschränkung zwar aus den Gesetzesvorarbeiten. Wortlaut und Systematik aber lassen freilich eine solche Einschränkung nicht erkennen, denn die Nutzenerwartung bezieht sich danach nur auf den zweiten Absatz, der die Inanspruchnahme von stationärer Behandlung regelt. Zweifelhaft ist außerdem, ob - wie Halvorsen meint - in der Lebenswirklichkeit eine Situation denkbar ist, in der eine akutmedizinische Behandlung verweigert werden dürfte, wenn die Hilfsperson die Hilfeleistung als offenkundig nutzlos ansieht. Kritisch darum auch Kjønstad, Helserett, S. 151.

<sup>697</sup> Halvorsen, L&R 2004, S. 151.

Bis in die 1970er Jahre hinein war auch unter Juristen die pragmatische Sichtweise verbreitet, dass den Patienten eine umfassende Aufklärung schädlich sein könnte. So wäre ein Patient, welcher einem schwereren Eingriff entgegensiehe, womöglich geneigt, wegen der verbundenen Risiken die Behandlung abzulehnen.<sup>698</sup> Erst in 1970er Jahren hat sich das Bewusstsein dahingehend gewandelt, dass keinem Patienten die Informationen über seinen Gesundheitszustand vorenthalten werden dürfen. Denn ohne diese ist die Wahrnehmung der Patienteninteressen unmöglich.<sup>699</sup> Das Ärztegesetz (*legeloven*) von 1980 verbürgte erstmalig Informationsansprüche. Danach sollte der Arzt dem Patienten die Informationen geben, die dieser um seinen Gesundheitszustand und die Behandlung haben *sollte*.<sup>700</sup>

Heute bestimmt § 3-2 *pasientrettighetsloven*, dass dem Patienten alle Informationen zu seinem Gesundheitszustand zugänglich sein müssen. Ferner sind die Patienten über Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung aufzuklären.<sup>701</sup> Mit Zustimmung des Patienten sind auch nahe Angehörige zu informieren.<sup>702</sup> Bei einer besonderen Gefahr für den Patienten, wie etwa beim Vorliegen einer schwereren Erkrankung und gleichzeitigem Bestehen einer psychischen Instabilität,<sup>703</sup> kann die Information aber verweigert werden.<sup>704</sup> Unterbliebene oder mangelhafte Aufklärung kann bei Patientenschäden Ansprüche gegen die öffentlich-rechtliche Erstattungsordnung (*NPE*) begründen.<sup>705</sup>

## **ff) Einsichtsrecht in die Krankenakte**

Seit dem Ärztegesetz aus dem Jahre 1927<sup>706</sup> hat der behandelnden Mediziner Aufzeichnungen über den Gesundheitszustand der Patienten anzufertigen. Ein Recht zur Einsichtnahme der Patienten in diese Aufzeichnungen folgte daraus jedoch nicht. Noch in den 1950er Jahren wurde ein Anspruch mit der Begründung versagt, dass die Krankenakten Eigentum seiner Verfasser, d.h. den behandelnden Ärzten oder deren Arbeitgebern wären und somit nicht den Patienten zur Verfügung stünden.<sup>707</sup>

---

<sup>698</sup> Andersen, S. 185.

<sup>699</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999), 11.4.2.2.

<sup>700</sup> Vgl. § 25 Abs. 3 S. 1 *legeloven*. Entsprechende Vorschriften fanden sich im Hebammengesetz (§ 4 *jordmorloven*) und im Zahnarztgesetz (§ 25 *tannlegeloven*).

<sup>701</sup> § 3-2 S.2 *pasientrettighetsloven*.

<sup>702</sup> § 3-3 *pasientrettighetsloven*. Vgl. Kjellevoid, L&R 2006, S. 9 ff.

<sup>703</sup> NLK-*pasientrettighetsloven*-Syse, Note 48.

<sup>704</sup> § 3-2 Abs. 2 S.1 *pasientrettighetsloven*.

<sup>705</sup> Rt. 1998, S. 1538 (*cauda-equina*) Schadensersatz bei mangelhafter Aufklärung des Patienten. Vgl. unter Abschnitt A.VIII.8 zur Erstattung bei medizinischer Fehlbehandlung.

<sup>706</sup> Vgl. § 12 *legeloven* av 29. april 1927 und *kronprinsregenten*es resolusjon av 01. juni 1928.

<sup>707</sup> Kjønstad, Helserett, S. 44.



Das *sykejournal*-Urteil des Høyesterett vom 25.10.1977<sup>708</sup> brachte eine Verbesserung der Patientenrechte. Der Rechtsstreit betraf die Frage, ob einem Krankenhauspatienten ein Recht auf Einsichtnahme in die über ihn geführten Krankenakten zusteht. Es ging dem Kläger darum, die Chancen eines späteren Haftungsprozesses auszuloten. Er berief sich auf § 18 *forvaltningsloven*, wonach am Verwaltungsverfahren Beteiligten ein Einsichtsrecht in die Akten zusteht, sowie auf allgemeine Rechtsgrundsätze wie den Schutz von Menschenwürde und der persönlichen Integrität. Das beklagte Krankenhaus wandte ein, das Verwaltungsgesetz komme mangels Vorliegen eines Verwaltungsaktes nicht zur Anwendung und für die Einsichtnahme bestünde zudem keine anderweitige Rechtsgrundlage. Die Richter stimmten den wesentlichen Argumenten der Klinik zu, leiteten den Anspruch des Patienten auf Einsichtnahme aber aus „allgemeinen Rechtsgrundsätzen“ her, ohne dies jedoch näher zu begründen.<sup>709</sup>

Bei einer Gesetzesrevision des Ärztegesetzes im Jahre 1980 wurde auf die Sichtweise der Rechtsprechung reagiert und ein Einsichtsrecht der Patienten ins Gesetz aufgenommen.<sup>710</sup> Heute bestimmt § 5-1 *pasientrettighetsloven*, dass die Patienten Einsicht in die Krankenakten und – gegen Übernahme der Kosten – Kopien der Unterlagen verlangen können. Zudem besteht der Anspruch auf Berichtigung oder Ergänzung falscher und unvollständiger Angaben.<sup>711</sup>

### **gg) Recht auf vertraulichen Umgang mit Informationen**

Dem Recht des Patienten auf vertraulichen Umgang mit den Kenntnissen über seine Erkrankung und Therapie entspricht spiegelbildlich die Schweigepflicht der an der Behandlung beteiligten Personen. Sie ist jedoch nicht als Anspruch des Patienten ausformuliert, sondern ihr wird durch Ge- und Verbote zur Geltung verholfen, welche sich an Ärzte und Pflegepersonal richten. Frühere Regelungen dieses „jahrtausendealten Prinzips ärztlicher Ethik“<sup>712</sup> fanden sich im Strafgesetz von 1902 und im Ärztegesetz von 1927. Das *pasientrettighetsloven* (§ 3-6) und vor allem das *helsepersonelloven* (§§ 21 ff.) führen diese Pflichten als aktive Handlungspflichten<sup>713</sup> fort. Indes bestehen Ausnahmen von der Schweigepflicht. Davon sind einige besondere gesetzlich normiert, wie etwa Auskunftspflichten gegenüber Versicherungen oder dem Arbeitgeber des Patienten. Zudem ergibt sich eine Rechtfertigung aus dem allgemeinen strafrechtlichen Nothilferecht

---

<sup>708</sup> Rt. 1977, S. 1035 ff.

<sup>709</sup> Rt. 1999, S. 1048.

<sup>710</sup> Syse-pasientrettighetsloven, S. 35.

<sup>711</sup> § 5-2 pasientrettighetsloven i.V.m. §§ 42-44 helsepersonelloven.

<sup>712</sup> Syse-pasientrettighetsloven, S. 35.

<sup>713</sup> Syse-pasientrettighetsloven, § 3-6, Note 1.

(§ 47 *straffeloven*).<sup>714</sup> Angesichts der vielen Ausnahmen erscheint die Schweigepflicht als „ausgehöhlt“<sup>715</sup>.

#### **hh) Weitere Ansprüche aus dem Patientenrechtsgesetz**

Das Patientenrechtsgesetz verschafft dem Patienten zahlreiche weitere Ansprüche,<sup>716</sup> vor allem die Rechte auf eine fachliche Zweitmeinung (sog. „*second opinion*“, § 2-2 *pasientrettighetsloven*), einen individuellen Behandlungsplan für chronische Erkrankungen sowie kostenfreie Impfungen gegen ansteckende Krankheiten. Durch die Krankenhausreform 2002 war es notwendig geworden, auch die Übernahme der Kostenlast für Krankentransporte durch die staatlichen Krankenhausträger neu zu regeln. Während sie zuvor von den Sozialversicherungsbehörden getragen worden waren,<sup>717</sup> wurde nun mit § 2-6 *pasientrettighetsloven* ein Anspruch auf kostenfreien Krankentransport aufgenommen.<sup>718</sup> Diese Aussage entspricht spiegelbildlich der Verpflichtung der regionalen Krankenhausträger, ein entsprechendes Krankentransportwesen vorzuhalten und zu finanzieren.<sup>719</sup>

#### **e) Ansprüche auf Behandlung im Ausland**

Ansprüche auf Auslandsbehandlung können sich aus norwegischem Recht oder aus europäischen Rechtsvorschriften ergeben.

#### **aa) Nationales Recht**

##### **(1) Mangelnde medizinische Kompetenz**

Angesichts der geringen Einwohner- und Bettenzahl kann nicht jede hochspezielle medizinische Behandlung für jede seltene Erkrankung im Inland angeboten werden. Grundsätzlich besteht dann ein Anspruch auf die Verschaffung der Behandlungsleistung im Ausland, wenn diese medizinisch notwendig ist. Falls ein Patient eine Behandlung begehrt, die im Inland generell nicht erhältlich ist, gibt § 2-1 Abs. 5 *pasientrettighetsloven* einen Anspruch auf Behandlung im Ausland, falls eine „adäquate medizinische Behandlung“ im Inland nicht sichergestellt ist.<sup>720</sup> Sind die Voraussetzungen erfüllt, besteht nach § 2-

---

<sup>714</sup> Ot. prp. nr. 13 (1998-1999), 11.4.2.5.

<sup>715</sup> Kjønstad, Helserett, S. 45 und 300.

<sup>716</sup> Hierzu Kjellevoid, L&R 2006, S. 10 ff.

<sup>717</sup> NLK-*pasientrettighetsloven*-Syse, § 2-6, note 37.

<sup>718</sup> Vgl. lov av 28.11.2003 nr. 96.

<sup>719</sup> Vgl. §§ 2-1a nr. 6, 5-2 sphlsl. Die Einzelheiten der Krankentransporte sowie die Eigenbeteiligung der Patienten regelt die ausfüllende Forskrift 2003-12-19 nr 1756 om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling.

<sup>720</sup> Vgl. Oslo Tingrett, Urteil vom 17.02.2006, TOSLO-2003-4820. Der Kläger begehrte Kostenerstattung von der folketrygd nach § 5-22 ftrl. a.F. Strittig war im Verfahren, ob die in Deutschland vorgenommene Behandlung auch in Norwegen erbracht hätte werden

1 Abs. 5 *pasientrettighetsloven* kein Ermessensspielraum, d.h. die Behandlung ist zu verschaffen. Dies gilt vor allem für experimentelle und neuartige Therapiemethoden. Allerdings berechtigen auch sie nur in absoluten Ausnahmefällen zu einer Auslandsbehandlung.<sup>721</sup> Nicht ausreichend zur Begründung des Behandlungsanspruches ist, dass im Ausland eine modernere Therapie zugänglich wäre, während die in Norwegen verfügbare Therapie ebenso dem international anerkannten Standard entspricht.<sup>722</sup>

## (2) Patientenbrücke

Neben diesen Sonderregeln bestand bis vor kurzem die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen im Ausland im Rahmen so genannter „Patientenbrücke“-Programme. Der Zukauf medizinischer Dienstleistungen in Nachbarländern – vor allem Schweden, Dänemark und Deutschland – war die Reaktion auf Versorgungsengpässe, hieraus resultierenden langen Wartezeiten und auf erhebliche Kosten des hohen Krankenstandes.<sup>723</sup> Anfang 2000 fanden sich immerhin 280.000 Patienten auf den Wartelisten für stationäre Behandlungen. Auf Antrag der Opposition bewilligte das norwegische Parlament im November 2000 die Bereitstellung von einer Milliarde Kronen (etwa 125 Mio. €) aus dem Staatshaushalt, um bestehende Wartezeiten abzubauen.<sup>724</sup> In den folgenden Jahren wurde das Projekt unter dem Namen „Kauf von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland“ (*Kjøp av helsetjenester i utlandet*) fortgeführt. Eine Evaluation im Jahre 2002 kam zu dem Ergebnis, dass die durchschnittlichen Kosten der Auslandsbehandlung vor allem wegen der höheren Hotel- und Reisekosten ca. 60% über den Kosten einer vergleichbaren Inlandsbehandlung lagen.<sup>725</sup> Fehlanreize wurden darin vermutet, dass der Zentralstaat die Kosten trug, die Verantwortung für die Behandlung indes bei den Gesundheitsregionen lag. In der Folge und im Hinblick auf den 2003 in das *pasientrettighetsloven* eingefügten Anspruch auf Verschaffung einer Behandlung wurde empfohlen, die Programme in der bisherigen Form einzustellen und die

---

können. Das Gericht gab der Beklagten (dem damals entscheidungsbefugten klagenemnda) Recht und wies die Klage ab.

<sup>721</sup> Eine ähnliche Regelung fand sich bis vor kurzem im Volksversicherungsrecht. Indes handelte es sich dabei um eine „kann“-Bestimmung. Die folketrygd schuldete in diesen Fällen einen Beitrag zur Erstattung der Gesamtkosten.<sup>721</sup> Im Zuge der Krankenhausreform 2001 wurde die Kostenpflicht der folketrygd für derartige Auslandsbehandlungen aufgehoben und die organisatorische und finanzielle Verantwortung an die RHF übertragen.

<sup>722</sup> NLK-*pasientrettighetsloven*-Syse, § 2-1, note 20. So auch zur alten Rechtslage das Tingrett Oslo, Urteil vom 17.02.2006, TOSLO-2003-4820.

<sup>723</sup> NOU 2003:1, S. 154.

<sup>724</sup> Landtags-Drs. Schleswig-Holstein, Drucksache 15/2232, S. 15; Innst. S. nr. 24 (2000-2001)

<sup>725</sup> NOU 2003:1, S. 161.

Mittel aus dem Staatshaushalt stattdessen den primär leistungspflichtigen Gesundheitsregionen zur Verfügung zu stellen.<sup>726</sup>

## **bb) Europarecht**

Auch das europäische Recht kann zu Behandlungsansprüchen verhelfen. Zu denken sind hierbei einerseits an Ansprüche, die sich aus dem europäischen koordinierenden Sozialrecht, d.h. insbesondere aus den Vorschriften der VO (EWG) 1408/71<sup>727</sup> ergeben. Zum anderen können solche Behandlungsansprüche auch direkt aus den Bestimmungen des EWR-Vertrags folgen.

Die grenzüberschreitende Krankenbehandlung hat derzeit lediglich Ausnahmecharakter. Generell ist nur ein Bruchteil der Einwohner des Europäischen Wirtschaftsraums bereit, sich zur Behandlung ins Ausland zu begeben.<sup>728</sup> Wegen Norwegens geographischer Randlage kommt eine Auslandsbehandlung trotz langer Wartezeiten nur in Einzelfällen in Frage. Dramatische Veränderungen mögen hier aus rein tatsächlich bestehenden Gründen, etwa wegen bestehender sprachlicher Barrieren, auch in Zukunft nicht zu erwarten sein. Dennoch pflegen norwegische Patienten im Inland zunehmend ihr Recht auf freie Krankenhauswahl zu nutzen.<sup>729</sup> Dies bringt wegen der auch im Inland zu überwindenden Entfernungen durchaus weite Flugreisen mit sich. Zudem bestehen keine oder nur geringe Sprachbarrieren zu Dänemark und zu Schweden. Endlich sind für Norweger Auslandsbehandlungen seit der Einführung der so genannten „Patienten-Brücke“-Programme in den 1980er und 1990er Jahren nichts fremdes mehr. Sogar die Aufnahme in deutsche Kliniken bedeutet nicht mehr, *terra incognita* zu betreten. Es gibt in Deutschland Einrichtungen, die – nicht zuletzt durch die langjährige Zusammenarbeit mit norwegischen Versicherungsunternehmen – auf die Behandlung solcher Patienten durch sprachlich geschultes Personal gut vorbereitet sind. Insoweit läßt die weitere tatsächliche Entwicklung eine Steigerung der Anzahl durchaus erwarten.

## **cc) VO (EWG) 1408/71 und Krankenbehandlung im Ausland**

Die Anwendung nationalen Sozialrechts ist grundsätzlich auf das Staatsgebiet begrenzt. Grenzüberschreitende Sachverhalte begründen darum regelmäßig die Notwendigkeit zu der Festlegung, welche nationalen Rechtsvorschriften Anwendung finden. Die Bestimmung des zuständigen Staates kann als

---

<sup>726</sup> NOU 2003:1, S. 162; Ot. prp. nr. 63 (2002-2003), S. 47.

<sup>727</sup> Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971; Amtsblatt Nr. L 149 vom 05/07/1971 S. 0002 - 0050.

<sup>728</sup> Dies ergibt sich bereits aus der geringen Anzahl derer, die in einem anderen EWR-Staat leben. Vgl. Statssekretærutvalget - EF-arbeidsgrupper, S. 31.

<sup>729</sup> § 2-4 pasientrettighetsloven.

„Grundprinzip des zwischenstaatlichen und supranationalen Sozialrechts“<sup>730</sup> gelten. Sie vermeidet Anspruchslücken und Doppelsicherung. Die VO (EWG) 1408/71 nimmt in Art. 13 eine eindeutige Bestimmung der Zuständigkeit für Sozialleistungen nach dem Recht des Beschäftigungslandes (*lex loci laboris*) vor.<sup>731</sup> Mit der Aufnahme einer Beschäftigung in einem anderen Staat wechselt darum auch grundsätzlich das Sozialversicherungsstatut. Verlegt ein Norweger seinen Wohnsitz etwa ins benachbarte Schweden und ist auch dort beschäftigt, so gilt ausschließlich schwedisches Sozialrecht. Nur ausnahmsweise bleiben gem. Art. 14 Nr. 1 a) VO (EWG) 1408/71 das Sozialversicherungsstatut und daher die Zuständigkeit Norwegens unverändert, wenn es sich bei der Auslandsbeschäftigung um eine vorübergehende, d.h. voraussichtlich 12 Monate nicht überschreitende Entsendung, handelt.<sup>732</sup> Auch für Grenzgänger bestehen Sonderregelungen. Für einen Arbeitnehmer, der täglich oder wöchentlich zwischen Wohnstaat (Norwegen) und Beschäftigungsstaat (als Beispiel wiederum: Schweden) pendelt, ist zuständiger Staat der Beschäftigungsstaat. Der Grenzgänger selbst kann nach Art. 20 VO (EWG) 1408/71 sowohl im Beschäftigungsstaat als auch im Wohnstaat Leistungen beanspruchen. Nimmt der Betreffende Behandlungsleistungen am Wohnort in Norwegen entgegen, so leistet der rechtlich nicht zuständige Staat. Denn konstruktiv handelt es sich dabei um eine Sachleistungsaushilfe für den eigentlich zuständigen schwedischen Staat. Die Verpflichtung zu Geldleistungen im Krankheitsfall verbleibt hingegen stets bei dem Beschäftigungsstaat.<sup>733</sup> Im konkreten Beispiel könnte der Arbeitnehmer sowohl um Behandlung in Schweden als auch in Norwegen ersuchen, im Falle der Arbeitsunfähigkeit erhielte er aber als Lohnersatzleistung niemals das norwegische Krankengeld (*sykepenger*), sondern stets das schwedische *sjukpenning*.<sup>734</sup>

Daneben vermittelt die VO (EWG) 1408/71 den nach nationalem Recht Berechtigten Behandlungsansprüche bei Aufenthalt im EWR-Ausland, wobei nach Dauer und Zweck des Aufenthaltes unterschieden werden muß. Es bestehen

---

<sup>730</sup> Fuchs-Bieback, Art. 13, Rn. 1.

<sup>731</sup> Kingreen, NZS 2005, S. 505; Jousen, NZS 2003, S. 21.

<sup>732</sup> Eichenhofer, Sozialrecht der EU, Rn. 165.

<sup>733</sup> Fuchs-Bieback, Art. 19 Rn. 16; Brall, S. 42 ff.

<sup>734</sup> Bei Nichtwerbstätigen, wie etwa Rentnern, knüpft die Zuständigkeit für Behandlungsleistungen regelmäßig an den Wohnstaat an. Beschließt etwa ein norwegischer *pensionist*, seinen Lebensabend in wärmeren Gefilden innerhalb des EWR zu verbringen, so kann er die Sachleistungen des gewählten Wohnstaates in Anspruch nehmen. Welcher Mitgliedsstaat hingegen die Kostenlast dieser Behandlungen trägt, ist Gegenstand komplizierter Regelungen in den Art. 28 und 28a VO (EWG) 1408/71. Die Kostenlast ist regelmäßig dem Staat zugewiesen, in dem die Rentenansprüche erworben wurden. Daneben kommt es darauf an, ob der neue Wohnstaat Gesundheitsleistungen für Rentner vorsieht, oder nicht. Zu den Einzelheiten Eichenhofer, Sozialrecht der EU, Rn. 206 ff.

also mehrere denkbare Konstellationen für ihre Inanspruchnahme. Hält sich schließlich der in Norwegen Versicherte kurzzeitig - etwa als Tourist - im Ausland auf, so ist der Aufenthaltsstaat gemäß Art. 22 Abs. 1 a) VO (EWG) 1408/71 zu Leistungen verpflichtet, wenn ein Behandlungsbedarf medizinisch notwendig ist und keinen Aufschub duldet. Gemeint sind in aller Regel, wenn auch nicht ausschließlich,<sup>735</sup> Notfälle, die in einem Mitgliedsstaat auftreten und deren Behandlung nicht bis zur Rückkehr in den Wohn- bzw. Beschäftigungsstaat warten kann. Eine entsprechende Regelung für Rentner findet sich in Art. 31 der Verordnung.<sup>736</sup>

#### **dd) Anspruch aus Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71**

Von Bedeutung ist vor allem Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71. Danach kann der Berechtigte Sachleistungen vom zuständigen Versorgungsträger des Aufenthalts- bzw. Wohnortes und auf Kosten des zuständigen Staates verlangen, sofern dieser eine Genehmigung erteilt hat, „sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedsstaates zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten“.

Falls ein in Norwegen Beschäftigter vom zuständigen Versorgungsträger (*RHF*) die Genehmigung zur Inanspruchnahme der Behandlung in einem anderen Mitgliedsstaat begehrt, müssen nach Art. 22 Abs. 2 S. 2 VO (EWG) 1408/71 hierfür zwei Voraussetzungen erfüllt sein.<sup>737</sup> Namentlich muss die im Ausland beehrte Leistung auch zum Leistungsangebot des zuständigen Staates zählen. Grund hierfür ist, dass die Bestimmung des Leistungskataloges durch die Mitgliedsstaaten erfolgen soll und derselbe durch eine Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen im Ausland nicht indirekt erweitert werden soll. Als Zweites lässt sich Art. 22 Abs. 2 S. 2 entnehmen, dass eine Genehmigung nicht schon allein deshalb verlangt werden kann, weil im zuständigen Staat Wartezeiten für die benötigte Behandlung bestehen.<sup>738</sup> Eine Genehmigung muss erteilt werden, wenn der Betreffende „diese Behandlung nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der für diese Behandlungen in dem Staat, [...], normalerweise erforderlich ist“ (Art. 22 Abs. 2 S. 2). Vor soll die Genehmigung stets versagt werden, wenn eine „ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig im Wohnmitgliedsstaat erlangt werden

---

<sup>735</sup> Fuchs-Bieback, Art. 22 Rn. 7 f. m. w. Nachweisen.

<sup>736</sup> Zu den Anspruchsvoraussetzungen nach Art. 31 und zum Verhältnis der Vorschrift zu Art. 22 Abs. 1 a) vgl. das Urteil des EuGH vom 25.02.2003, C-326/00 (IKA bzw. Ioannidis), Slg. I-01703,.

<sup>737</sup> Sind die beiden Voraussetzungen kumulativ erfüllt, so reduziert sich das Entscheidungsermessen des Trägers auf Null, d.h. die Genehmigung ist zwingend zu erteilen. Vgl. dazu. EuGH, Rs. C-368/98 (Vanbraekel), Slg. 2001, I-5363, Rn. 31.

<sup>738</sup> Fuchs-Bieback, Art. 22 Rn. 18. A.A. wohl Willms, S. 142 f.

kann“<sup>739</sup>. Ein Anspruch auf Genehmigungserteilung besteht also nur, wenn die Wartezeiten im Verhältnis zu den im Landesdurchschnitt üblichen besonders lang sind.<sup>740</sup> Anderenfalls könnte jeder aus der heimischen Warteschlange ausscheren und sich die benötigte Leistung in einem anderen Land beschaffen.<sup>741</sup>

Ob diese „Verhältnissbildung“ indes ein scharfes Abgrenzungskriterium darstellt, mag bezweifelt werden, da das „normalerweise Erforderliche“ typischerweise regionalen Schwankungen unterliegt. Müsste deshalb für die konkret notwendige Behandlung ein landesweiter Durchschnitt gebildet werden? Wären etwa Warteschlangen in den Ballungsräumen Süd-Norwegens nur deswegen zu akzeptieren, weil sie im Landesdurchschnitt noch zu den kürzeren gehören?

Ferner wird die Bewertung dieses Normalmaßes von einer zweiten Komponente überlagert. Es handelt sich dabei um die medizinische Notwendigkeit, die freilich allein die behandelnde Ärzteschaft einschätzen kann. *Bieback* meint, dass zumindest in Eilfällen eine Behandlung im Ausland nicht versagt werden kann.<sup>742</sup> Solchen „Eilfällen“ räumen aber wohl die Priorisierungsregelungen aller mitgliedsstaatlichen Gesundheitssysteme den Vorrang ein, selbst wenn dort für allgemeine Behandlungsleistungen erhebliche Wartezeiten bestehen. Darum dürfte gerade in Eilfällen nur selten Bedarf für eine Auslandsbehandlung bestehen – zumal das Erfordernis des Transportes bei Eilfällen zusätzliche Risiken mit sich brächte. Zu einer Entscheidung nach Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 käme es daher wohl regelmäßig nicht.

Auch im Hinblick auf die Nachfolgeverordnung VO (EG) 883/2004, welche die medizinische Notwendigkeit „in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustands“ und des zu erwartenden Krankheitsverlaufs als einziges Kriterium nennt, wird wohl künftig die Voraussetzung besonders großer Versorgungsengpässe für die Genehmigung eine deutlich verminderte Rolle spielen. Es spricht folglich einiges dafür, als europarechtliche Richtschnur für die Genehmigungserteilung nach Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 allein die medizinische Notwendigkeit der Behandlung anzusehen.<sup>743</sup>

Der Europäische Gerichtshof hat in jüngerer Zeit eine weite, d.h. patientenfreundliche Auslegung des Genehmigungserfordernisses in

---

<sup>739</sup> EuGH, Rs. C-56/01 (Inizan), Slg. 2003, I-12403, Tz. 45 sowie EuGH, Rs. C-368/98 (Vanbraekel), Slg. 2001, I-5363, Rn. 103 und EuGH, Rs. C-372/0 (Müller-Fauré und van Riet), Slg. 2003, I-4509.

<sup>740</sup> Fuchs-Bieback, Art. 22 Rn. 18.

<sup>741</sup> Fuchs-Bieback, Art. 22 Rn. 18.

<sup>742</sup> Fuchs-Bieback, a.a.O.

<sup>743</sup> Auch der EuGH nimmt in der Rs. C-372/04 (Watts), Tz- 65 ausdrücklich Bezug auf den Art. 20 der VO (EG) 883/2004.

Art. 22 Abs. 1 c) vorgenommen. In der Rechtssache *Inizan*<sup>744</sup> waren die medizinische Notwendigkeit der Behandlung, insbesondere auch das Ausmaß der vom Patienten zu ertragenden Schmerzen und seine Vorgeschichte zu beurteilen.<sup>745</sup> Dem Kriterium der konkreten Wartezeit im Verhältnis zur landes- bzw. üblichen Wartedauer maß der EuGH hingegen keine besondere Bedeutung zu.

In der Rechtssache *Watts*<sup>746</sup> machte der EuGH deutlich, dass die Linien seiner bisherigen Rechtsprechung auch auf Systeme nationaler Gesundheitsversorgung Anwendung fänden.<sup>747</sup> Eine Britin hatte beim zuständigen *NHS* die Genehmigung zu einer Hüftoperation beantragt und diese nach Ablehnung in Frankreich durchführen lassen. Anschließend begehrte sie Kostenerstattung. Dem EuGH wurden mehrere Fragen betreffend der Auslegung von Art. 22 Abs. 1 VO (EWG) 1408/71 im Lichte von Art. 49 EG vorgelegt. Im Urteil vom 16.05.2006 knüpfte der EuGH an die Entscheidungen in den Rechtssachen *Inizan* und *Müller-Fauré*<sup>748</sup> an und unterstrich abermals, dass die Verweigerung der beantragten Genehmigung nicht ausschließlich auf die Existenz von Wartelisten in diesem Gebiet gestützt werden darf.<sup>749</sup>

Trotz alldem machte der EuGH deutlich, dass der Genehmigungsvorbehalt nach Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 nicht zur Diskussion steht. Er sei notwendig, um „Wanderungsströme von Patienten“ abzuwehren, die „sämtliche Planungs- und Rationalisierungsanstrengungen in Frage stellen könnten, die der zuständige Mitgliedstaat im äußerst wichtigen Sektor der Gesundheitsversorgung unternommen hat, um die Probleme einer Überkapazität von Krankenhäusern, eines Ungleichgewichts im Angebot an medizinischer Krankenhausversorgung sowie logistischer wie auch finanzieller Verschwendung und Verluste zu verhindern“<sup>750</sup>. Soweit bleibt auch nach der Rs. *Watts* das Recht der zuständigen Träger gewahrt, eine Auslandsbehandlung abzulehnen. Aus der Entscheidung *Watts* lässt sich folgern: Nach wie vor besteht das Recht des zuständigen Versorgungsträgers, eine Auslandsbehandlung abzulehnen, denn bestehende Wartezeiten sind grundsätzlich hinzunehmen. Andererseits sind auch nationale

---

<sup>744</sup> EuGH, Rs. C-56/01 (*Inizan*), Slg. 2003, I-12403.

<sup>745</sup> EuGH, Rs. C-56/01 (*Inizan*), Slg. 2003, I-12403, Tz.46.

<sup>746</sup> EuGH, Rs. C-372/04 (*Watts*), Slg. 2006, I-04325.

<sup>747</sup> Die Anwendbarkeit der bisherigen Linie des EuGH auf Nationale Gesundheitsdienste wurde noch bis in die jüngste Zeit von der Literatur verneint, bgl. Brall, S. 92f. Indes meinte z.B. Eichenhofer, VSSR 1999, S. 114, ein Unterschied in der Anwendbarkeit der Grundfreiheiten sei nicht aufrechtzuerhalten.

<sup>748</sup> EuGH, Rs. C-385/99 (*Müller-Fauré*), Slg. 2003, I-04509.

<sup>749</sup> EuGH, Rs. C-372/04 (*Watts*), Tz. 3.

<sup>750</sup> EuGH, Rs. C-372/04 (*Watts*), Tz. 71.



Gesundheitsdienste – wie der *NHS* oder das Gesundheitssystem Norwegens – nicht impermeabel für die Grundfreiheiten des europäischen Rechts. Mit Spannung ist damit die weitere Entwicklung der Rechtsprechung aus Luxemburg zu verfolgen: sowohl die des EuGH als auch die des EFTA-Gerichtshofes.

#### **ee) Anspruch aus den Grundfreiheiten**

Neben dem System der Sachleistungsaushilfe in Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 besteht unterdessen ein zweiter Weg zur Kostenerstattung.<sup>751</sup> Werden innerhalb des EWR Dienstleistungen grenzüberschreitend angeboten (aktive Dienstleistungsfreiheit) oder aber nachgefragt (passive Dienstleistungsfreiheit)<sup>752</sup>, müssen sich nationale Beschränkungen am höherrangigen Recht des EWR-Abkommens messen lassen. In diesem Zusammenhang muß auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes hingewiesen werden, die in den vergangenen Jahren zur Dienstleistungsfreiheit im Gesundheitswesen erging. Sie bestätigt, daß die passive Dienstleistungsfreiheit (Art. 49 EG) auch bei Gesundheitsdienstleistungen grundsätzlich nicht beschränkt werden darf. In den bereits 1998 ergangenen Entscheidungen *Kohll*<sup>753</sup> und *Decker*<sup>754</sup> hat das Gericht das Bestehen eines Kostenersatzanspruches gegenüber dem zuständigen Träger im Wohnland des Patienten bejaht, soweit dieser die ihm vom zuständigen Träger der sozialen Krankenversicherung geschuldete Leistung in einem anderen EU-Staat in Anspruch genommen hatte. In beiden Fällen war zuvor die Genehmigung zur Inanspruchnahme durch den zuständigen Krankenversicherungsträger verweigert worden. Der Gerichtshof urteilte, dass die Anwendbarkeit der Artikel 49 EG (59 EGV) und 50 EG (60 EGV) nicht ausscheide, obwohl die streitige Regelung zum Bereich der sozialen Sicherheit gehöre.<sup>755</sup> Der Genehmigungsvorbehalt müsse sich vielmehr auch an den Bestimmungen des EG-Vertrags über den freien Dienstleistungsverkehr messen lassen.<sup>756</sup> Nach der – teilweise heftig kritisierten<sup>757</sup>, aber inzwischen mehrfach bestätigten – Rechtsprechung des EuGH vermag eine Genehmigungspflicht für derartige ambulante Behandlungen nicht die Beschränkung der Grundfreiheiten rechtfertigen.

---

<sup>751</sup> Fuchs-Bieback, Art. 22, Rn. 2; ders. in Zesar 2006, S. 241. Hingegen wurde zuvor vertreten, die VO (EWG) 1408/71 regle die Materie „grenzüberschreitende Sachverhalte“ abschließend. Vgl. nur Neumann-Duesberg, S. 89ff.

<sup>752</sup> EuGH, Rs. C-286/82 und C-26/83 (Luisi und Carbone), Slg. 1984, I-377.

<sup>753</sup> EuGH, Rs. C-158/96 (Kohll), Slg. 1998, I-1931.

<sup>754</sup> EuGH Rs. C-120/95 (Decker), Slg. 1998, I-1831, S.1882 ff.

<sup>755</sup> EuGH Rs. C-158/96 Rn. 21.

<sup>756</sup> EuGH Rs. C-158/96 Rn. 28.

<sup>757</sup> Fuchs-Bieback, Art. 22, Rn. 49a mit weiteren Nachweisen.

In der Entscheidung *Smits und Peerboom* wandte der Gerichtshof seine Rechtsprechung erstmals auch auf stationäre Behandlungsangebote an<sup>758</sup>, sah indes dort grundsätzlich Genehmigungserfordernisse als zu rechtfertigende Grundfreiheitsbeschränkungen an. Strittig war die Kostenerstattung für die in ausländischen Kliniken in Anspruch genommene Krankenbehandlung ohne vorherige Genehmigung durch den zuständigen niederländischen Krankenversicherungsträger. Das Gericht stellte fest, „eine Regelung von der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Art [hält] die Sozialversicherten davon ab oder hindert sie sogar daran, sich an medizinische Dienstleistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat als dem Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit zu wenden, und stellt sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs dar“<sup>759</sup>. Ähnlich wie bei Art. 22 VO Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 maß das Gericht auch hier die Rechtmäßigkeit der Genehmigungserfordernisse an der medizinischen Notwendigkeit und der Üblichkeit der Behandlung. Mit der Überprüfung an den Bestimmungen des EG-Vertrags über die Dienstleistungsfreiheit hat der EuGH eine zweite Rechtsprechungslinie neben dem europäischen koordinierenden Sozialrecht begründet. Wie sich diese zweite Linie weiterentwickeln wird, kann bislang nicht abgesehen werden. Insbesondere ist unklar, ob der EuGH die eigens geschaffene Parallelität wieder beseitigen und den Konflikt zwischen Art. 49 EG und Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 durch eine erweiternde Auslegung der letzteren Vorschrift entschärfen wird.<sup>760</sup>

#### **ff) Vereinbarkeit der nationalen Regelungen mit den europarechtlichen Vorgaben**

Die Vorgaben der VO (EWG) 1408/71 in Verbindung mit den Rechtsprechungsgrundsätzen zur passiven Dienstleistungsfreiheit sind auch bei der Auslegung des norwegischen Rechts beachtlich. Darum ist zu fragen, ob die gegenwärtige Rechtslage mit dem europäischen Recht vereinbar ist. Das *pasientrettighetsloven* verbietet Auslandsbehandlungen nicht generell. Behandlungsmöglichkeiten im Ausland sind aber als Verbot mit Ausnahmeverbehalt konstruiert. Ein Anspruch auf Auslandsbehandlung ist ausschließlich vorgesehen, wenn die eigentlich zuständige *helseregion* ihrer

---

<sup>758</sup> Rs. C-157/99 (*Smits und Peerbooms*) und Anmerkung Bieback, NZS 2001, S. 561 ff.

<sup>759</sup> Rs. C-157/99 Rn. 69.

<sup>760</sup> Dies fordern etwa Eichenhofer, Sozialrecht der EU, Rn. 204; Bieback, Zesar 2004, S.-243; Fuchs, NZS 2002, S. 348. In diesem Sinne auch: Langer, NZS 1999, S.542.

Leistungsverpflichtung nicht binnen Frist nachkommen kann (*fristbrudd*).<sup>761</sup> Den Vorgaben des EuGH steht dies nicht entgegen, hat er doch mehrfach betont, dass die Mitgliedsstaaten insbesondere die stationäre Krankenbehandlung im Ausland beschränken dürfen. Wendet sich ein Patient an seinen regional zuständigen Versorgungsträger, folgt der Diagnose die Erstellung des individuellen Behandlungsplanes, der gemäß § 2-1 *pasientrettighetsloven* binnen Frist erfüllt werden muss. Liegt eine Fristüberschreitung vor und verlangt der Patient die Behandlung im Ausland ist nach § 2-1 Abs. 4 *pasientrettighetsloven* i.V.m. Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 das Entscheidungsermessen der Vermittlungsstelle auf Null reduziert.

Die *Hagen*-Kommission kam noch 2003 zu einem anderen Ergebnis.<sup>762</sup> Sie meinte, der Anwendungsbereich für eine Erlaubnis nach Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 sei sehr schmal, der Ermessensspielraum bei Genehmigungserteilung für die Auslandsbehandlung sei hingegen umso größer. Ausdrücklich wird der Standpunkt vertreten, dass nur bei „außergewöhnlicher Abweichung von den normalen Wartezeiten“ der Anwendungsbereich der VO (EWG) 1408/71 eröffnet ist.<sup>763</sup> Diese Ansicht ist vor dem Hintergrund der neueren Rechtssprechungsentwicklung des EuGH kaum haltbar.

Wenn die „medizinische Notwendigkeit“ das entscheidende Kriterium für die Bestimmung des Behandlungszeitpunkts ist und dies nicht von Wartezeiten in der betreffenden Region abhängt,<sup>764</sup> dann ist die Behandlungsnotwendigkeit nach § 2-1 Abs. 4 *pasientrettighetsloven* nach den gleichen – ausschließlich medizinischen – Parametern einzuschätzen wie für die Genehmigung nach Art. 22 Abs. 1 c) VO (EWG) 1408/71 eingeforderte Notwendigkeit.

Wie „notwendig“ eine konkrete Behandlung ist, bestimmen also nicht Juristen, sondern die behandelnden Ärzte. Das Ermessen der *NAV-Pasientformidling* ist dann auf Null reduziert, wenn die Behandlung medizinisch zwingend notwendig ist und gerade durch den Fristablauf deutlich wird, dass der Behandlungsanspruch vom zuständigen Träger nicht eingelöst werden kann. In solchen Fällen wäre eine Genehmigung auf Auslandsbehandlung zwingend zu erteilen und eine Versagung wäre zugleich europarechtswidrig.

---

<sup>761</sup> § 2-1 Abs. 4 *pasientrettighetsloven*.

<sup>762</sup> NOU 2003:1 - Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

<sup>763</sup> NOU 2003:1, S. 158.

<sup>764</sup> Anders hingegen NOU 2003:1, S. 158, wo auf den weiten Ermessensspielraum der norwegischen Verwaltung hingewiesen wird.

Insoweit ist die Regelung in § 2-1 Abs. 4 *pasientrettighetsloven* mit den europarechtlichen Vorgaben zu vereinbaren.

Allerdings sieht die ausfüllende Verordnung (*prioriteringsforskriften*)<sup>765</sup> vor, dass der Patient von der *NVA-pasientformidling* in eine Einrichtung ihrer Wahl gesendet wird. Die Vorschrift, nach der das Wahlrecht des Patienten eingeschränkt und er auf die Bestimmung des konkreten Behandlungsangebots durch die *NAV-Pasientformidling* verwiesen wird,<sup>766</sup> ist vor dem Hintergrund der Vorgaben des EuGH mit Skepsis zu betrachten. Diese Einschränkung gehört wohl nicht in die Reihe der vom vom Gerichtshof anerkannten Rechtfertigungen für Beschränkungen der Dienstleistungsfreiheit wie etwa der Sicherung der Leistungsqualität<sup>767</sup> oder der Anerkennung der Versorgungsplanung<sup>768</sup>.

## 2. Der versicherungsrechtliche Kostenersatzanspruch

Neben die Behandlungsansprüche tritt der Erstattungsanspruch für die Behandlungskosten gegen die Volksversicherung *folketrygd*. Bei den erforderlichen Ausgaben der Volksversicherung handelt es sich nach allgemeiner Ansicht um „gesetzlich gebundene“ Ausgaben.<sup>769</sup> Die Ansprüche stehen nicht unter Bedingungsvorbehalt und es besteht kein oder allenfalls ein gebundenes Ermessen der Volksversicherungsbehörden. Die Anspruchsvoraussetzungen und der Umfang der zu beanspruchenden Leistung richten sich im Wesentlichen nach dem Volksversicherungsgesetz (*folketrygdloven* - *ftrl.*), und dort nach Kapitel 5, das Erstattungsansprüche bei Krankheit regelt.

## VIII. Krankenversicherungsrecht

In Norwegen besteht eine Volksversicherung, welche die Versicherteneigenschaft an die Einwohnerschaft knüpft. Die Volksversicherungen Schwedens (*socialförsäkring*) und Norwegens (*folketrygd*) entsprechen nur teilweise dem, was in Deutschland als „Bürgerversicherung“ bezeichnet wird. Schon begrifflich ist die *folketrygd* nicht der „Bürgerversicherung“ gleichzusetzen. Ihre Aufgaben sind deutlich umfangreicher, umfasst sie nicht nur die Absicherung bei Krankheit sondern auch andere Versicherungsrisiken. Andererseits bleiben gerade bei der

---

<sup>765</sup> Forskrift av 01 desember 2000 nr. 1208 om om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd (prioriteringsforskriften).

<sup>766</sup> § 6 S. 2 prioriteringsforskriften.

<sup>767</sup> EuGH Rs. C-157/99 (Smits und Peerbooms), Slg. 2001, I-5473, Tz. 78 ff, EuGH, Rs. C-372/0 (Müller-Fauré und van Riet), Slg. 2003, I-4509, Tz. 79 ff.

<sup>768</sup> EuGH Rs. C-157/99 (Smits und Peerbooms), Slg. 2001, I-5473, Tz. 72 ff, EuGH, Rs. C-372/0 (Müller-Fauré und van Riet), Slg. 2003, I-4509, Tz. 76 ff.

<sup>769</sup> Eskeland, Festschrift Eckhoff, S. 296 m. w. N.

Krankheit die Leistungspflichten der Volksversicherung weit hinter dem zurück, was in der deutschen Gesundheitspolitik diskutiert wird.

Die Leistungspflicht der norwegischen *folketrygd* ist zweifach beschränkt: Nahezu das gesamte Krankenhauswesen ist vom Krankenversicherungsrecht ausgenommen und finanziert sich aus allgemeinen Steuern. Es erstaunt, dass nicht alle Leistungen des Gesundheitswesens in Norwegen so generös sind, wie man aus der kontinentaleuropäischen Sichtweise vermuten würde: Für zahlreiche Leistungen, für die in Deutschland Behandlung durch die Krankenkasse geschuldet wird, muß der norwegische Patient allein aufkommen. Zahlreiche Leistungen sind nicht Teil der volksversicherungsrechtlichen Leistungspflicht. Man kann insoweit von einem erheblich eingeschränkten Pflichtenkatalog der Volksversicherung sprechen.

Das einheitliche System der *folketrygd* verknüpft die Mitgliedschaft mit dem Wohnsitz im Staatsgebiet statt an die Beschäftigung. Der Arbeitsplatz begründet die Pflichtmitgliedschaft zudem für Personen, die ihren Arbeitsort auf Anlagen überhalb des norwegischen Kontinentalsockels – etwa auf Bohrinseln – haben. Das gleiche gilt für Personen, welche auf *Spitzbergen*, *Jan-Mayen* und den abhängigen Gebieten Norwegens tätig sind, sowie für jene, die auf den im norwegischen Schiffsregister verzeichneten Schiffen arbeiten.

Diesen wesentlichen Unterschied, der Einwohnerversicherung statt der Arbeitnehmerversicherung nimmt das in Deutschland diskutierte Modell der Bürgerversicherung als Anleihe und ähnelt insoweit dem Grundansatz der nordischen Länder.

## **1. Leistungen**

Die Volksversicherung schuldet ihren Versicherten Geldleistungen in den Fällen, in denen sich ein Versicherungsrisiko verwirklicht hat. Es werden sprichwörtlich von der „Wiege bis zum Grabe“ (*fra vuggen til graven*) Leistungen gewährt. Und darüber hinaus: Sie beginnen mit Leistungen in der Schwangerschaft und für die Niederkunft bzw. Kindesadoption, umfassen aber auch den Schwangerschaftsabbruch. Daneben besteht Anspruch auf Leistungen der Familienförderung, zur beruflichen Qualifikation und bei bestehender oder drohender Arbeitslosigkeit, bei Krankheit und berufsbedingten Schädigungen durch Berufskrankheiten oder Unfällen, sowie auf Rehabilitationsleistungen zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeitsrenten. Bei Erreichen des Renteneintrittsalters wird Altersrente gewährt und schließlich besteht Anspruch auf Leistungen von Todes wegen (Hinterbliebenenrenten,

Bestattungsbeihilfen).

## 2. Sachleistungen oder Kostenerstattung?

Das norwegische Krankenversicherungsrecht sieht keine Sach-, sondern lediglich Geldleistungen (*stønad*) bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor. Der Rechtscharakter dieser Leistungsarten ist nicht so klar, wie man auf den ersten Blick vermuten könnte.

Ausgangspunkt ist der Wortlaut in Kapitel 5 *folketrygdloven*, wonach notwendige Ausgaben der Mitglieder für Gesundheitsdienstleistungen bei Krankheit, Schaden und Gebrechen, durch die Sozialversicherung ganz oder teilweise kompensiert werden.<sup>770</sup> § 5-4 *folketrygdloven* schreibt für die ärztliche Hilfe vor: "Die Versicherung leistet Unterstützung (*stønad*) zur Deckung der Ausgaben für Untersuchung und Behandlung beim Arzt"<sup>771</sup>.

Ob daraus folgt, dass das Krankenversicherungsrecht ausschließlich die Kostenerstattung kennt, wird bezweifelt. Im Laufe ihrer Entwicklung schwankte die Krankenversicherungsordnung mehrfach zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip. Mit Inkorporierung des Krankenversicherungsgesetzes in das *folketrygdloven* wurde eine Bestimmung aus dem alten Recht übernommen, aus der sich die Parallelität beider Prinzipien ableiten lässt. Einerseits schuldete die Volksversicherung im Krankheitsfall Geldleistungen (*kontantstønad*), andererseits jedoch Sachleistungen (*naturalstønad*)<sup>772</sup>. Marit Halvorsen hat nachgewiesen, dass sich der Übergang von der Sachleistung hin zur Kostenerstattung zunächst auf der begrifflichen Ebene und ohne praktische Veränderungen für den materiellen Anspruchsinhalt abspielte.<sup>773</sup> Sie stellt auf die Sichtweise der Patienten ab, die bei der stationären Behandlung nach wie vor nur Sachleistungen erwarteten: Die Patienten waren in schließlich in keiner Weise in die Abrechnung der Kosten eingebunden, diese wurde lediglich im Verhältnis Krankenhausträger - Volksversicherung durchgeführt. Sie nahmen kostenfreie medizinische Hilfe als die von der Versicherung geschuldete Sachleistung in Anspruch.<sup>774</sup>

Mit Inkrafttreten des Krankenhausgesetzes (*sykehusloven*) 1969 und des *kommunehelsetjenesteloven* 1982 wurde der Rechtscharakter der Leistung noch schwerer erkennbar. Diese Gesetze statuierten erstmals einen Anspruch auf

---

<sup>770</sup> § 5-1 Abs. 1 S. 1 *folketrygdloven*.

<sup>771</sup> § 5-4 Abs. 1 *folketrygdloven*: "Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege".

<sup>772</sup> Ot. prp. nr. 62 (1968-1969), S. 21.

<sup>773</sup> Halvorsen, S. 44 ff.

<sup>774</sup> Halvorsen, S. 48.

Behandlung, der statt gegen die Volksversicherung nunmehr gegen die zuständige Gebietskörperschaft richtete. Damit ging zudem die Befreiung der Volksversicherung von der Pflicht zur Vergütung der vom Krankenhausträger erbrachten Leistungen einher, die Krankenhäuser wurden von nun an direkt von den Provinzen finanziert.<sup>775</sup> Konnte man bis dahin ein sozialrechtliches Dreiecksverhältnis noch darin erkennen, dass sich die Volksversicherung der Leistungsträger bediente, um die von ihr selbst geschuldete gesetzliche Pflicht *in natura* zu erfüllen, so wurde die gedankliche Konstruktion des Sachleistungsprinzips nunmehr deutlich schwerer: Zwar trifft die Feststellung zu, dass sich in den neuen Behandlungsansprüchen gegen Kommune, *fylke* oder Zentralstaat letztlich die in alten sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften verbrieften Rechte fortsetzen.<sup>776</sup> Doch mutet die Vorstellung, dass sich die Volksversicherung etwa der Kommune bedient, welche ihrerseits wiederum Ärzte verpflichtet, um den Anspruch des Versicherten auf Sachleistungen zu befriedigen, recht künstlich an.

Aus dem Gesetz und den dazu erlassenen ausführenden Verordnungen lässt sich heute ein Sachleistungsanspruch daher nicht mehr ableiten. Wortlaut und Systematik lassen für eine andere Deutung keinen Raum mehr, mag sie auch im Hinblick auf die ursprüngliche Konzeption noch so sehr überzeugen.

Aus § 5-1 *folketrygdloven* ist zwingend zu folgern, dass der Patient zunächst Kostenschuldner des gesamten ärztlichen Vergütungsanspruchs ist. Daneben entsteht ihm gegenüber der Sozialversicherungsbehörde (*NAV*) aufgrund des Rechtsverhältnisses der Mitgliedschaft ein Kostenerstattungsanspruch - nach fest geregelten Sätzen. Der Patient kann aber erst nach erfolgter Behandlung einen Teil der tatsächlich entstandenen Behandlungskosten, vermindert um seinen Eigenanteil, von der Volksversicherung zurückverlangen.<sup>777</sup>

Dem ganzen steht auch nicht entgegen, dass in der Realität der Primärversorgung die gesetzliche Konzeption nach wie vor ins Gegenteil verkehrt scheint. Zumindest aus Sicht des Patienten ist die gesetzliche Konstruktion als Kostenerstattung kaum erkennbar, für ihn erscheint die kostenfreie Behandlung nach wie vor als Ausdruck des Sachleistungsprinzips.<sup>778</sup>

Unabhängig von der gesetzgeberischen Konzeption und der dogmatischen Konstruktion der Rechtsverhältnisse besteht in der Praxis das Bedürfnis nach

---

<sup>775</sup> NLK-folketrygdloven-Bergland, Rn. 290.

<sup>776</sup> Kjønstad, Rett til helsehjelp, S. 57 spricht vom "altem Recht in neuer Verkleidung".

<sup>777</sup> NLK-folketrygdloven-Bergland, Rn. 293, Kjønstad-folketrygdloven, § 5-2 folketrygdloven Note 5 und § 5-4 folketrygdloven Note 11.

<sup>778</sup> Halvorsen, S. 44.

einem vergleichbar einfachen Abrechnungsmodus fort. Ein „echtes“ Kostenerstattungsprinzip wäre etwa mit dem Nachteil verbunden, dass der Leistungserbringer sein Honorar selbst betreiben müsste und sich dabei womöglich der Zahlungsunwilligkeit oder -unfähigkeit seines Patienten gegenüber sähe. Umgekehrt könnten für den Patienten hohe Arztrechnungen eine erhebliche wirtschaftliche Belastung bedeuten. Diese könnte womöglich gar vor der Inanspruchnahme von Leistung abschrecken, was neben dem individuellen Risiko erschwerter Heilung auch das gesamtgesellschaftliche Risiko höherer Kosten für eine später umso mehr erforderliche Behandlung birgt.

Aus diesen Gründen und zur Vereinfachung wird die Kostenerstattung durch die Volksversicherung durch ein direktes Abrechnungsverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und der Volksversicherung ersetzt. § 22-3 S. 2 *folketrygdloven* statuiert die allgemeine Regel, die von der entsprechenden Verordnung für das Verhältnis Arzt-Patient ausgeführt wird.<sup>779</sup> Es wird eine Befreiung des Patienten von den Honoraransprüchen des Arztes in Höhe des bestehenden Kostenerstattungsanspruchs angeordnet und zugleich ein Anspruch des Leistungserbringers in gleicher Höhe gegenüber der Volksversicherung begründet.<sup>780</sup> Entsprechende Verordnungen finden sich auch für die anderen Leistungserbringer.

### 3. System der Selbstbeteiligungen

Dem Mythos der Generösität nordischer Wohlfahrtsordnungen zum Trotz sind die Versicherten seit Jahrzehnten zu Selbstbeteiligungen in erheblichem Umfang verpflichtet. Im Hinblick auf die Grundidee einer universellen Versorgung der gesamten Bevölkerung unabhängig von Einkommen oder Gesundheitszustand erscheint eine Belastung der Patienten mit Eigenanteilen erstaunlich. In wohlfahrtspolitischer Hinsicht werden zwei Ansichten vertreten.<sup>781</sup> Auf der einen Seite wird darauf hingewiesen, dass Eigenbeteiligungen mit dem Motiv des Wohlfahrtstaates als gesamtgesellschaftliche Aufgabe kollidierten: Wenn Gesundheit und soziale Probleme in Gemeinschaft gelöst werden sollen, so könne man die Lasten für Krankheit oder andere individuelle Risiken nicht den Betroffenen allein aufbürden.<sup>782</sup> So werde der Wohlfahrtsstaat schleichend

---

<sup>779</sup> § 2 Nr. 1 Forskrift 21. juni 2006 nr. 695 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

<sup>780</sup> Forskrift 21. juni 2006 nr. 695 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Bei Festanstellung des Arztes in der Kommune wird der Kostenerstattungsanspruch auf jene übergeleitet. Zu den verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten der Primärversorgung siehe S. 92.

<sup>781</sup> Kjønsdal/Syse, S. 67.

<sup>782</sup> Kolberg, S. 42 m. w. Nw.



ausgehöhlt.<sup>783</sup> Rein pragmatisch wird auf der einen Seite argumentiert, die Eigenbeteiligungen seien als Einnahmequelle unverzichtbar und auch wegen ihrer Steuerungswirkung nicht wegzudenken: Eigenbeteiligung seien auch ein Mittel, um die Werthaltigkeit der Leistungen zu zeigen.

Aus der Tatsache, dass private Teilfinanzierung des Gutes Gesundheit seit den Anfängen des öffentlichen Versicherungswesens nichts Ungewohntes ist, erklärt sich wohl, dass die Mehrheit der Bevölkerung Selbstbeteiligungen nicht als Widerspruch zum Wohlfahrtsstaat auffasst.<sup>784</sup> Ein gewisser politischer Widerstand ist in der Regel nur von Seiten der Verbände chronisch Kranker zu spüren.<sup>785</sup>

Die Eigenbeteiligungen wurden zum großen Teil in Zeiten wirtschaftlicher Zwänge eingeführt, oder waren seit den bescheidenen Anfängen des Wohlfahrtsstaates feste Systembestandteile. Stets war es die Absicht des Gesetzgebers, damit einen Teil der Ausgaben zu finanzieren. Die Krankenversicherung war also von Beginn an niemals eine „Vollkaskoversicherung“. Teilweise war der Leistungsumfang der Versicherung generell eingeschränkt (z. B. Zahngesundheit oder Arzneimittelversorgung), teilweise war die konkrete Leistungshöhe gedeckelt. Schließlich hatten die Versicherten teilweise Eigenanteile (z. B. für Hilfsmittel) zu zahlen. Nach und nach wurden bis in die heutige Zeit weitere Eigenbeteiligungen eingeführt.

Der Gesetzgeber errechnet und erhofft sich von den Selbstbeteiligungen zwei Wirkungen. Zum einen sollen die Selbstbeteiligungen maßgeblich zur Finanzierung des Gesamtsystems beitragen und zum anderen soll über sie eine Steuerungswirkung weitere Einsparungen erzielt werden.

#### **a) Finanzierungsquelle**

Die stetige Ausweitung der Selbstbeteiligungspflicht auf mehr und mehr Leistungen und auch die Erhöhung der jeweiligen Kostenanteile ließen den privat zu finanzierenden Anteil an den Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung auf inzwischen rund 15 % anwachsen.<sup>786</sup> Als Finanzierungsquelle sind die Eigenbeteiligungen damit unbestreitbar von erheblicher Bedeutung.<sup>787</sup>

#### **b) Steuerungswirkung**

---

<sup>783</sup> NOU 1988-7, Kap. 2.5. Stellvertretend für die Vielzahl der Kritiker: Bakke, Tidskrift 2003, S.123.

<sup>784</sup> Preusker, Fokus Nordeuropa 5/2001, S. 11. Besonders zur Akzeptanz der Selbstbeteiligungen bei in Deutschland gesetzlich Versicherten: Ulrich, ZeS 4/95, S. 25f.

<sup>785</sup> Vgl. aber für die NLF: Torunn Janbu, in: Tidskrift NLF 2005, S. 125.

<sup>786</sup> Ot. prp. nr. 1 (2006-2007), 10.4.3.

<sup>787</sup> Das Beschriebene gilt zum Teil auch für die anderen nordischen Staaten, wobei Dänemark eine Ausnahmerolle zukommt. In Finnland etwa schätzt man die Eigenbeteiligungen der Patienten am Gesamtkostenaufwand des Gesundheitswesens auf ca. 20 %.

Schwieriger ist ihre Steuerungswirkung nachzuweisen. In der sozialökonomischen Theorie wird in den Selbstbeteiligungen grundsätzlich ein Mittel zur Milderung ordnungspolitischer Defekte im Gesundheitswesen angesehen.<sup>788</sup> Danach besteht die Grundannahme, dass kostenfreie Leistungen die Nachfrage nach Leistungen erhöhen. Abhängig von der Ausgestaltung der Beteiligungs-Regelungen misst man den Selbstbeteiligungen eine mehr oder weniger starke Wirkungskraft bei. Die stärkste Wirkung wird dabei für das sogenannte Indemnitätsmodell (*indemnity benefit insurance*) angenommen. Dessen Hauptmerkmal ist die Festsetzung von Höchstpreisen für den Staat oder durch die für die Finanzierung der Leistungen verantwortliche Körperschaft (öffentliche oder private Krankenversicherung).<sup>789</sup> Besteht eine solche Erstattungsobergrenze, wird der Nachfrager teurere Leistungen abwählen, da er alternativ für deren Kosten aufkommen müsste. Auch bei preisproportionalen Selbstbeteiligungen (*co-insurance*) wird eine vergleichsweise stärkere Wirkung auf die Nachfragemenge angenommen.<sup>790</sup> Einer weiteren Form wird in der Theorie geringere Steuerungswirkung zugebilligt: bei absoluten Selbstbeteiligungen wird der Patient dennoch teurere Leistungen nachfragen, sofern ihm deren Nutzen größer als der eigens aufzuwendende Kostenanteil erscheint.

Die meisten Gesundheitssysteme verfügen über die gesamte Bandbreite dieser Steuerungsformen. Bei ihrer Einführung stützt sich die Politik - neben dem Finanzierungsargument - regelmäßig auf die pauschale Aussage, es läge eine Steuerungswirkung vor, ohne dass diese jemals hinreichend empirisch nachgewiesen wäre.<sup>791</sup>

Die Komplexität des Geflechts aus den Interessen und Motivationen der Nachfrager für ihr Verhalten verhindert eine klare Aussage bezüglich des tatsächlichen Ausmaßes der Steuerungswirkung. Zwar bezeugen einzelne Untersuchungen für Schweden in den 1990er Jahren eine erhebliche Wirkung der Selbstbehalte auf die Inanspruchnahme von Leistungen.<sup>792</sup> Ob diese Ergebnisse zur Verallgemeinerung taugen, bleibt unklar.

Die Bewertung der Steuerungswirkung hängt von der unterschiedlichen Preiselastizität der nachgefragten Leistungen ab, d.h. von der Auswirkung der Preisänderung bei Gütern auf deren Nachfrage. Bestimmte Leistungen des

---

<sup>788</sup> Grundlegend etwa Arrow, AER 1963, S.941 ff. Für die GKV in Deutschland vgl. Geißler, S. 37ff.

<sup>789</sup> v. d. Schulenburg, S. 21 und S. 46; v. d. Schulenburg/Greiner, S. 132.

<sup>790</sup> v. d. Schulenburg, a.a.O.

<sup>791</sup> Für das deutsche Beispiel v. d. Schulenburg, S. 142. Vgl. aber auch NOU 1988-7, Kap. 2.5.

<sup>792</sup> Untersuchungen des Socialstyrelsen „Sjukvården i Sverige 1998“, zit. nach Preusker, Fokus Nordeuropa 5/2001, S. 10.

Gesundheitswesens, wie etwa solche mit überwiegend kosmetischem Charakter oder Leistungen, deren Kosten eine bestimmte Bagatellschwelle nicht überschreiten, sind einer Steuerung durch Selbstbeteiligungsregeln leicht zugänglich. Bereits geringfügig höhere Eigenanteile führen dazu, dass der Patient die Leistung nicht oder weniger nachfragt. Demgegenüber ist die Nachfrageelastizität bei vielen Gesundheitsleistungen relativ niedrig oder reduziert sich gar auf Null. Ist der Leidensdruck des Patienten groß genug, bewirkt selbst eine starke Preissteigerung keine signifikante Nachfrageverminderung. Als Beispiel hierfür können Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Leistungen bei Pflegebedürftigkeit genannt werden.<sup>793</sup>

Die theoretische Basis liefert nur eine Teilerklärung für Komplexität und Ausnahmenreichtum im System der Eigenbeteiligungen des norwegischen Gesundheitswesens. Dessen Entstehungsgeschichte verdeutlicht, daß zumeist der Finanzierungsgedanke im Vordergrund stand, wogegen die Lenkungswirkung zusätzlich – und zumeist pauschal – unterstellt wurde. Anscheinend genügt die Möglichkeit, dass bei geringem Leidensdruck die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von ärztlichen Dienstleistungen durch die Eigenanteile stark vermindert wird. Entsprechend wird eine Steuerungswirkung hier als gegeben angenommen, wenn auch, soweit ersichtlich, eine umfassende Untersuchung über deren Wirkung noch aussteht.<sup>794</sup>

In den einzelnen Feldern der Gesundheitspolitik galten Selbstbeteiligungen als Normalität, die Kostenfreiheit hingegen als Ausnahme. In der ambulanten Versorgung ist grundsätzlich jede Behandlungsleistung verbunden mit der Pflicht zur Zahlung eines Eigenanteils, deren Höhe durch Rechtsverordnung bestimmt wird.<sup>795</sup> Hingegen werden für die Behandlungsleistungen der stationären Versorgung mit kurzer Dauer keine Eigenbeteiligungen verlangt. Bei längerfristigen Aufenthalten in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen werden allerdings die versicherungsrechtlichen Ansprüche der Patienten auf Einkommensersatzleistungen (z.B. Krankengeld bzw. Altersrente) regelmäßig gekürzt.

Die für die einzelnen nachgefragten Leistungen geltenden Eigenbeteiligungen richten sich nach dem Typ der Leistung. Ihre Höhe ergibt sich aus der Differenz zwischen den kollektivvertraglich ausgehandelten Honoraren der

---

<sup>793</sup> Wild, S. 168.

<sup>794</sup> NOU 1988-7, Kap. 2.5.

<sup>795</sup> NOU 1988-7, Kap. 2.1.

Leistungsanbieter und den vom Gesundheitsministerium festgelegten Erstattungssätzen für die jeweilige Leistung.<sup>796</sup>

In der Primärversorgung fällt werden Eigenanteile bei jeder Konsultation fällig. Diese Konstruktion ist einfach; sie macht ein „Denken in Quartalen“ sowohl für den Arzt als auch für den Patienten gegenstandslos. Zwei weitere Regelungen lassen nach der Theorie starke Steuerungswirkung erwarten: So sind die Zuzahlungen für die Nachfrage einer speziellen Leistung generell höher als jene für die Nachfrage einer allgemeinen Leistung, was am Vergleich der Zuzahlungen für die Konsultation eines Allgemeinmediziners und für die Konsultation bei niedergelassenen Spezialisten deutlich wird. Zudem müssen Patienten, die einen Arzt außerhalb der gewöhnlichen Sprechzeiten aufsuchen, oder einen ärztlichen Krankenbesuch am Abend erhalten, hierfür einen Aufschlag von ca. 60 % gegenüber dem üblichen Zuzahlungsanteil hinnehmen.

### c) Eigenanteilsregelungen

Zur Einführung weiterer Selbstbeteiligungsregeln im ambulanten Sektor, aber auch zu einer Neuordnung der bis dahin bestehenden Ordnungen kam es in den 1980er Jahren.<sup>797</sup> Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen übten einen derart großen Druck auf die bis dahin üppig gediehenen Wohlfahrtssysteme aus, so dass für eine der bisherigen wohlfahrtsstaatlichen Ideologie angepassten Sachpolitik kaum Spielraum blieb. Der Regierung *Willoch (Høyre)*, aber auch der nachfolgenden, von der Arbeiterpartei (*DNA*) gebildeten Alleinregierung fiel in diesem Jahrzehnt die undankbare Aufgabe zu, der Bevölkerung schmerzliche Einschnitte in den Wohlfahrtsstaat in Form stets steigender Eigenbeteiligungen als unabwendbare Notwendigkeiten zu vermitteln.<sup>798</sup>

Zugleich wurde im April 1984 die sogenannte *egenandelstak* - Regelung eingeführt, um die Summe der von einem Patienten im Laufe eines Kalenderjahres geleisteten Eigenanteile zu begrenzen (*tak* = Dach). Der Versicherte erhält hierzu eine Nachweiskarte (*kvitteringskort for egenandeler*), auf welcher der Empfang der Zuzahlungen durch die Leistungsanbieter bestätigt wird. In der Verordnung<sup>799</sup> des Gesundheitsministeriums sind alle anerkannten Eigenanteile aufgezählt. Dort nicht genannte Zuzahlungen oder Selbstkosten berechtigen nicht zur Anrechnung (z.B. Verbandsmaterial, Arzneimittel auf Privatrezept (*hvitresept*), Atteste).

---

<sup>796</sup> NLK-ftl-Bergland, § 5-3, Note 304.

<sup>797</sup> NOU 1988-7, Kap. 2.4; Kolberg, S. 115.

<sup>798</sup> Dazu Marklund, S. 38 ff.

<sup>799</sup> Forskrift av 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1.

Für alle Zuzahlungen, welche über die jährlich vom Parlament festzusetzende Grenze hinaus entstehen, erhält der Patient einen Befreiungsnachweis (*frikort*), die die Freistellung von weiteren Zuzahlungsverpflichtungen dokumentiert. Durch die jährliche Zuzahlungsgrenze von ca. 200 € (2007) wird sichergestellt, dass Personen mit geringem Einkommen und chronisch Kranke durch häufige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen finanziell nicht zu stark belastet werden.

In den folgenden Jahren wurde die *egenandelstak* - Regelung schrittweise modifiziert und um weitere anrechenbare Eigenanteile ergänzt.<sup>800</sup> Heute sind von der Regelung Behandlungen durch Ärzte und Psychologen, in Polikliniken und Röntgeninstituten sowie Reisekosten und schließlich der größte Teil der Medikamente und medizinischen Hilfsmittel umfasst. Für Familien besteht die Möglichkeit, zu den eigenen Zuzahlungen auch die Eigenanteile, welche bei der Behandlung ihrer Kinder anfallen, bis zur Zuzahlungsgrenze zu addieren.

Im Jahre 2003 wurde eine zweite Zuzahlungsgrenze (*egenandelstak 2*) eingeführt.<sup>801</sup> Sie gilt für einen ebenfalls festgelegten Katalog von Leistungen (z.B. Physiotherapie, Reisekosten und zahnärztliche Leistungen) und ist die pragmatische Reaktion des Gesetzgebers auf landesweite Erhebungen. Besonders chronisch Kranke hatten enorm hohe Kosten durch Zuzahlungen von durchschnittlich 8.000 NOK/Jahr (ca. 1000 €/Jahr) zu tragen.<sup>802</sup> Nach den Ergebnissen dieser Untersuchungen entstanden die Kosten durch typisierbare Erkrankungen. Statt die bestehende Ordnung um diese Leistungen zu erweitern, entschied man sich für eine zweite Ordnung, deren wesentlicher Unterschied die deutlich höhere Zuzahlungsgrenze (z. Zt. 2500 NOK/Jahr<sup>803</sup>, ca. 300 €/Jahr) ist. Zu den anrechnungsfähigen Zuzahlungen zählen solche für physiotherapeutische Behandlung, bestimmte zahnärztliche Leistungen, Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen und sogenannte Klimareisen ins Ausland. Die *egenandelstak-2*-Regelung ist als besonderer Schutz für die Patientengruppe der chronisch Kranken konzipiert und hat gemessen an der ersten Ordnung gesamtwirtschaftlich keine nennenswerte Bedeutung. Der Vergleich aktueller Zahlen zeigt, dass etwa 1.000.000 *frikort-I*-Besitzern (21 % der

---

<sup>800</sup> Eine gute Übersicht findet sich in St. prp. nr. 1 (2006-2007), 10.3.

<sup>801</sup> Vgl. § 5-3 folketrygdloven. Lov av 20. desember 2002 nr. 100, vgl. auch Ot.prp. nr. 4 (2002-2003) und Forskrift av 19. desember 2002 nr. 1789 om *egenandelstak 2*.

<sup>802</sup> St. prp. nr. 1, 10.1, Ot. prp. nr. 4 (2002-2003), S. 1.

<sup>803</sup> Der 2003 eingeführte Grenzbetrag lag zunächst bei 4500 NOK und war damit entscheidend höher als der damalige *egenandelstak-1* - Betrag von 1370 NOK. Der Betrag wurde 2005 auf 3500 NOK und 2006 auf 2500 NOK abgesenkt, was den Unterschied zwischen beiden Ordnungen stark vermindert und darum zur Frage führt, ob zweierlei Zuzahlungsgrenzen notwendig sind.

Gesamtbevölkerung) lediglich 12.700 *frikort-2*-Besitzer (0,3 % der Gesamtbevölkerung) gegenüber stehen.

#### **4. Einzelne Leistungen der Sozialversicherung**

##### **a) Ärztliche Behandlung**

Die Volksversicherung schuldet dem Versicherten die Erstattung eines Anteils der zu entrichtenden Behandlungskosten.<sup>804</sup> Dies gilt sowohl für die allgemeinmedizinische als auch für Teile der speziellen Versorgung, nicht aber für die Krankenhausbehandlung.

##### **b) Hilfsmittelversorgung**

Die Volksversicherung schuldet dem Versicherten die Versorgung mit Hilfsmitteln. Ein Hilfsmittel (*hjelpemiddel*) im Sinne des *folketrygdloven* ist ein Hilfsmittel, das geeignet ist, einem körperlichen Funktionsausfall abzuhelpen oder ihn teilweise oder ganz zu kompensieren.<sup>805</sup> Es wird zwischen besonderer medizinischer Ausstattung und Verbrauchsmaterialien (*spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell*) und Hilfsmitteln (*hjelpemiddel*) unterschieden.

##### **aa) Medizinische Ausstattung/Verbrauchsmittel**

Zu den von der Volksversicherung geschuldeten Leistungen gehört gemäß § 5-14 Abs. 1 b) *folketrygdloven* die Kostenersstattung für Ausgaben, die im Zusammenhang mit Krankheiten auftreten, aber nicht zu den Arzneimitteln zählen. Gemeint ist damit eine Vielzahl von Medizinprodukten, die zur Versorgung bei verschiedenen Krankheiten benötigt wird. Die Bandbreite reicht vom Blutzucker-Teststreifen für Diabetiker über Verbandsmaterial bis hin zu Produkten zur Inkontinenzversorgung. Die Volksversicherungsbehörden gehen mit den Herstellern von derartigen Produkten Verträge ein,<sup>806</sup> in denen neben zahlreichen Bezugsbedingungen auch die Einkaufspreise verbindlich geregelt sind.

##### **bb) Hilfsmittelversorgung**

Der Begriff des *hjelpemiddel* ist relativ klar abgegrenzt gegenüber den oben genannten Produkten der medizinischen Ausstattung und dem Verbrauchsmaterial. Aus der Systematik des *folketrygdloven* und nach der vom Sozialgericht *Trygderetten* entwickelten Definition handelt es sich dabei um überwiegend mechanische oder technische Hilfen, die zur Kompensation oder zur

---

<sup>804</sup> Vgl. S. 137 ff.

<sup>805</sup> Vgl. Trygderettens femmedlemskjennelse 03/01172.

<sup>806</sup> Bei der behördenseitigen Entscheidung über das Eingehen eines solchen Vertrages handelt es sich um einen Verwaltungsakt, vgl. Sivilombudsmannens uttalelser, SOMB-1996-7.

Linderung eines körperlichen Funktionsversagens zu dienen bestimmt sind. Zudem umfasst der Begriff technische Umbaumaßnahmen am Wohnumfeld oder Arbeitsplatz des Versicherten. Ganz ähnlich wie im deutschen Recht zählen die gewöhnlichen Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens hingegen nicht zu den Hilfsmitteln.<sup>807</sup>

Für individuell angepasste und nicht wieder verwendbare Hilfsmittel erhält der Versicherte regelmäßig einen Zuschuss in Höhe des zwischen dem Hersteller und der Volksversicherungsbehörde ausgehandelten Preises. Bei teuren Produkten ist dem Versicherten das Hilfsmittel aber nach Möglichkeit leihweise zu überlassen.

In jedem *fylke* gibt es jeweils eine Hilfsmittelzentrale (*hjelpemiddelsentral*) als Einrichtung der Volksversicherung, die für die umfassende Beratung der Versicherten und die Überlassung der Hilfsmittel verantwortlich zeichnet. Trotz ihrer organisatorischen Zuordnung als eigenständige Abteilungen der Volksversicherung<sup>808</sup> übernehmen die Hilfsmittelzentralen damit zugleich Aufgaben der Kommunen, welche als Träger der Rehabilitation nach den Vorschriften des *kommunehelsetjenesteloven* (§ 2-1) zur Bereitstellung der für die Einwohner benötigten Hilfsmittel verpflichtet sind.

### **c) Krankengeld**

#### **aa) Allgemeines**

Das Krankengeld (*sykepenger*) wird als Geldleistung beim Eintritt des Versicherungsfalles Krankheit erbracht. Ähnlich wie das dänische *sygedagpenger* und das schwedische *sjukpenning*<sup>809</sup> ist es dazu bestimmt, den krankheitsbedingtem Lohnausfall zu kompensieren. Die Krankengeldordnungen der nordischen Länder wurden maßgeblich von der deutschen Sozialversicherungsgesetzgebung am Ende des 19. Jahrhunderts inspiriert. Mit Ausnahme von Dänemark, wo für das Krankengeld eine Leistungspflicht des Gesundheits- bzw. Sozialministeriums besteht, ist Leistungsschuldner in den anderen nordischen Ländern eine Körperschaft der mittelbaren Staatsverwaltung, i. d. R. eine Versicherungsanstalt<sup>810</sup>. Zunächst sind die Arbeitgeber für einen

---

<sup>807</sup> Rundskriv til § 10-7 folketrygdloven, 1.1.2.

<sup>808</sup> Bis zur Verwaltungsreform 2006 waren die hjelpemiddelsentraler Abteilungen des jeweiligen fylkestyrygdekontor, d.h. der auf der Provinzebene eingerichteten Verwaltungsebene des RTV.

<sup>809</sup> Norstedt-Westerhäll, S. 1094.

<sup>810</sup> In Finnland: Kansaneläkelaitos (Kela) bzw. auf schwedisch: Folkpensionanstalten (FPA); in Island: Tryggingastofnun ríkisins; in Norwegen: Arbeids- og Velferdsforvaltningen (NAV) und in Schweden (Riksförsäkringsverket).

Zeitraum zwischen 9 Werktagen<sup>811</sup> und drei Monaten<sup>812</sup> zur Entgeltfortzahlung verpflichtet, an den sich die Gewährung von Krankengeld anschließt. Entsprechend der wirtschaftlichen und politischen Entwicklung der Länder bestehen gewisse Unterschiede bei den Anspruchsvoraussetzungen und den Leistungsmodalitäten.<sup>813</sup>

## **bb) Entwicklung**

Das Krankengeld ist eine der historisch ersten Leistungen des Krankenversicherungsrechts. Es lässt sich auf Zahlungen im Todesfall zurückführen, diente daneben aber auch dem Einkommensersatz bei Arbeitsunfähigkeit. Bis hin zum heutigen Krankenversicherungsrecht hat sich dieser Charakter der Leistung erhalten.

Die Vorschriften zum Krankengeld fanden sich in den verschiedenen Fassungen der Krankenversicherungsgesetze, bis diese im Jahre 1970 in das Volksversicherungsgesetz (*folketrygdloven*) überführt wurden.<sup>814</sup> Der durch dieses Gesetz bestimmte Krankengeldsatz ging von einem Grundbetrag pro Krankheitstag aus, der um einkommensabhängige Zuschläge ergänzt wurde.<sup>815</sup> Dieses vergleichsweise komplizierte Berechnungssystem löste die zuvor übliche Einteilung der Versicherten in Einkommensklassen ab, von der die Höhe des Krankengelds abhing.

Seit 1977 zählte<sup>816</sup> das Krankengeld zum steuerpflichtigen und – obwohl zum Teil aus Beiträgen finanziert – auch zum beitragspflichtigen Einkommen.<sup>817</sup> Das Krankengeldrecht wurde zudem mit dem Arbeitsrecht verschränkt. Der Arbeitgeber schuldete Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (*sykelønn*) für die ersten zwei Wochen der Arbeitsunfähigkeit, wobei eine Meldung des Arbeitnehmers genügte und ein ärztliches Attest also zunächst nicht erforderlich war. Für Selbständige wurde ein Krankengeld in Höhe von 65% ihres Einkommens nach einer Karenzzeit von zwei Wochen eingeführt, wobei diese gesetzlichen Leistungsansprüche um solche aus einer freiwilligen

---

<sup>811</sup> Gesetzliche Mindestanforderung für die Dauer der Entgeltfortzahlung in Finnland, die jedoch im Arbeitsvertrag bis zu drei Monaten verlängert werden kann.

<sup>812</sup> So in Island, wo auch der staatlich finanzierte Anteil der Leistung gegenüber der Leistungspflicht der Arbeitgeber in den Hintergrund tritt.

<sup>813</sup> Brage u.a., *Tidsskrift Norske Lægeforening*, 2002, S. 1487.

<sup>814</sup> Lov av 19. juni 1970 nr. 67.

<sup>815</sup> Der Krankengeldgrundbetrag betrug ab 1971 4 NOK/Tag ergänzt um 1% der Krankengeldgrundlage bis zu einer Höhe des 8-fachen SV-Grundbetrags (*grunnbeløp*) sowie um ein 1/3 der Krankengeldzulage von 8-fachen bis 12-fachen SV-Grundbetrages. Zusätzlich hatten Versorger von Ehegatten und Kindern Anspruch auf ein um 4 NOK/Krankheitstag erhöhtes Krankengeld.

<sup>816</sup> Lov av 10. juni 1977 nr. 84, in Kraft getreten am 01.07.1978 (sog. sykepengereform).

<sup>817</sup> § 3-15 folketrygdloven i.V.m. §§ 12-2 a) und 5-10 c nr. 2 skatteloven (Steuergesetz).



Zusatzversicherung ergänzt werden konnten. Für Arbeitslose, Wehrpflichtige und Seeleute im internationalen Seeverkehr existierten weiterhin Sondervorschriften.<sup>818</sup>

Nach dieser grundlegenden Reform wurde das Krankengeldrecht fortlaufend angepasst, ohne die Grundkonzeption zu verändern. Um die allzu häufige Inanspruchnahme von Krankengeld zu vermindern, wurden Leistungsvoraussetzungen verschärft, der maximale Bezugszeitraum verkürzt, die Mindest-Vorversicherungszeit hingegen verlängert und schließlich die Berechnungsgrundlage mehrfach zu Ungunsten der Versicherten verändert.<sup>819</sup>

### **cc) Anspruchsvoraussetzungen**

Abweichend von den volksversicherungsrechtlichen Grundregeln entsteht der Anspruch auf Krankengeld nicht bereits mit Wohnsitznahme in Norwegen, sondern setzt zusätzlich eine nichtselbständige Tätigkeit als Arbeitnehmer<sup>820</sup> bzw. eine selbstständige Erwerbstätigkeit<sup>821</sup> voraus. Zudem muß der Versicherte eine Wartezeit (*opptjeningstid*) von vier Wochen erfüllt haben, in der unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles beschäftigt gewesen sein muß. Schließlich muß der Versicherte einen Jahresverdienst von mindestens 3.800 € erzielt haben. Sachliche Voraussetzung des Krankengeldanspruchs sind Krankheit und Arbeitsunfähigkeit des Versicherten.

### **(1) Krankheit**

Der Begriff der Krankheit ist im Volksversicherungsrecht selbst nicht definiert.<sup>822</sup> Ausgangspunkt zur Klärung des Tatbestandsmerkmals ist bis in die heutige Zeit

---

<sup>818</sup> Rundskriv 1997-05-01 nr. 49 til *folketrygdloven* kap 8, Kap. 1.2.

<sup>819</sup> Von den zahlreichen Änderungen können hier nur die wichtigsten genannt werden: Mit Wirkung vom 01.04.1989 wurde der Bezugszeitraum von 52 auf 50 Wochen herabgesenkt. Die Arbeitgeber wurden verpflichtet, eine Krankenstandsstatistik zu führen (lov av 21. desember 1990 nr. 80). Ärzten, die gegen die bestehenden Vorschriften und Richtlinien über die Krankschreibung verstoßen haben, drohte ab 01.09.1991 die Untersagung der Ausstellung von Attesten (lov av 21. desember 1990 nr. 80). Durch lov av 14. mai 1993 nr. 46 wurden die medizinischen Voraussetzungen für den Anspruch verschärft und durch lov av 11. juni 1993 nr. 104 wurde ein Ausschluss bei mangelnder Bereitschaft des Versicherten zu Behandlung und Rehabilitation eingeführt. Die Arbeitgeber wurden verpflichtet, den Arbeitsplatz entsprechend einzurichten, wenn dies dem früheren Wiedereintritt des Arbeitnehmers dienlich war (lov av 11. juni 1993 nr. 104). Die Entgeltfortzahlungsperiode des Arbeitgebers wurde mit Wirkung vom 01.04.1998 von 14 auf 16 Kalendertage erhöht, zugleich wurde die maximale Bezugszeit auf 248 Kalendertage reduziert. Der Mindestverdienst für den Krankengeldanspruch wurde erhöht (lov av 18. desember 1998 nr. 86) und bereits mit Wirkung vom 01.01.2000 wieder abgesenkt. Ab 01.01.2004 galt eine erhöhte Versicherungswartezeit von vier Wochen.

<sup>820</sup> § 1-8 *folketrygdloven*.

<sup>821</sup> Als frilanser gem. § 1-9 *folketrygdloven* oder selvstendig næringsdrivender gem. § 1-10 *folketrygdloven*.

<sup>822</sup> Sehr ausführlich zum gesamten Problemkreis: Holgersen/Nygaard, S. 81 ff., sowie diess., JV 1992, S. 225 ff.

der medizinische Krankheitsbegriff.<sup>823</sup> Schon in den Vorarbeiten zum ersten Krankenversicherungsgesetz von 1909 hieß es zum Begriff der Krankheit, dass es sich dabei um „eine Störung des körperlichen oder geistigen Gesundheitszustandes handelt, für welche ärztliche Hilfe als erforderlich angesehen wird“.<sup>824</sup> In den folgenden Jahrzehnten wurde der Krankheitsbegriff stufenweise immer weiter gefasst, was zugleich zu einer spürbaren Erhöhung des Krankenstandes führte. Wegen der angespannten Finanzlage der öffentlichen Haushalte sah sich der Gesetzgeber 1993 veranlasst,<sup>825</sup> den Krankheitsbegriff wieder enger zu fassen, um damit den hohen Krankenstand einzudämmen.<sup>826</sup>

Durch die Verwaltungspraxis waren mittlerweile zahlreiche besondere Lebens- und Belastungssituationen als Krankheit im Sinne des Volksversicherungsrechts anerkannt worden. Um einer Ausweitung des Begriffes entgegenzuwirken, wurden verschiedene Lebenssituationen gesetzlich ausgeschlossen. So wurde klargestellt, dass Arbeitsunfähigkeit aufgrund von sozialen oder ökonomischen Problemen nicht zum Bezug von Krankengeld berechtigt.<sup>827</sup> Gleiches gilt für Umstände, in denen Versicherte in Trauer oder in großer Sorge um enge Angehörige<sup>828</sup> sind, sowie bei schweren Konflikten am Arbeitsplatz oder innerhalb der Familie sowie in anderen Lebenssituationen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen können.<sup>829</sup> Alle diese Umstände unterfallen grundsätzlich nicht dem Krankheitsbegriff. Äußern sie sich aber in psychischen oder physischen Symptomen, welche die Erfüllung der (arbeits-) vertraglichen Pflichten unmöglich machen, so gilt das Merkmal der Krankheit als erfüllt.<sup>830</sup> Die Einordnung eines Umstands als Krankheit ist daher im Einzelfall schwierig.<sup>831</sup>

## **(2) Arbeitsunfähigkeit**

Die zweite Voraussetzung ist die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten. Sie bedeutet die generelle Unfähigkeit zur Ausübung jedweder Arbeit. Es handelt sich beim Krankengeld also nicht um einen Einkommensersatz bei einer spezifischen Berufsunfähigkeit im aktuellen Beschäftigungsverhältnis. Danach ist der

---

<sup>823</sup> Holgersen/Nygaard, S. 84f., Kjønsdal/Syse, S. 239.

<sup>824</sup> Zit. nach Rundskriv 1997-05-01 nr. 49 til folketrygdloven kap 8, Anmerkung zu § 8-4 folketrygdloven

<sup>825</sup> Lov av 14. mai 1993 nr. 46.

<sup>826</sup> Ot. prp. nr. 39 (1992-1993).

<sup>827</sup> § 8-4 Abs. 1 S. 2 folketrygdloven.

<sup>828</sup> Vgl. Ankenemndasak 16/81 über die Krankmeldung eines Arbeitnehmers nach dem Tode seiner Mutter. Hier wurde ein Krankengeldanspruch abgelehnt.

<sup>829</sup> Weitere Beispiele bei Kjønsdal/Syse, S. 239.

<sup>830</sup> Rundskriv 1997-05-01 nr. 49 til folketrygdloven kap 8, Anmerkung zu § 8-4 folketrygdloven, so auch Hålogaland lagmannsrett (Rettens Gang 1999, S. 1515 (1524)) zur Entwicklung psychischer Symptome als Reaktion auf Stress und enorme Belastungen am Arbeitsplatz.

<sup>831</sup> Holgersen/Nygaard, S. 102 f.

Versicherte zum Bezug von Krankengeld grundsätzlich nicht berechtigt, wenn es vermag, eine andere Arbeit als die wahrgenommene aufzunehmen. Dies wird indes allenfalls bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit oder in den Fällen vorkommen, in denen eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz aufgrund der Prognose als unwahrscheinlich gilt. Regelmäßig wird bei kürzer andauernder Arbeitsunfähigkeit (bis zu 12 Wochen) die Aufnahme einer anderen Tätigkeit nicht zumutbar sein.

### **(3) Gesetzliche Regeltatbestände**

Es besteht ein Katalog von zehn Regeltatbeständen,<sup>832</sup> die zum Bezug von Krankengeld berechtigen und die Vermutungswirkungen der Arbeitsunfähigkeit begründen. Der Gesetzgeber verankerte damit typisierte Fälle der bisherigen Verwaltungspraxis im Gesetz. Berechtigende Umstände sind etwa die Einweisung des Versicherten in eine stationäre Einrichtung, ärztliche Kontrolluntersuchungen, aber auch in Fällen, in denen der Versicherte sich einer Sterilisation unterzogen hat. Tritt Arbeitsunfähigkeit aufgrund kosmetischer Eingriffe ein, ist der Anspruch auf Krankengeld ausdrücklich ausgeschlossen.<sup>833</sup>

### **(4) Kausalität**

Zwischen Krankheit und Arbeitsunfähigkeit des Versicherten muß schließlich ein Ursachenzusammenhang bestehen. Mitverschulden oder gar ein überwiegendes Alleinverschulden sind dagegen für den Krankheitseintritt unerheblich. Allerdings werden Leistungseinschränkungen wegen selbst- oder doch zumindest mitverschuldeter Krankheitsherbeiführung erwogen. Solche Vorstöße wurden aber bisher von der Gerichtsbarkeit und auch von der Verwaltung selbst abgelehnt.<sup>834</sup>

Zu schwierig seien die Abgrenzungen zwischen als zu gefährlich erachteten Risikosportarten und gesundheitspolitisch erwünschter sportlicher Betätigung der Versicherten. Zu unwägbar sei zudem der Anteil des Mitverschuldens am Eintritt einer der sogenannten Zivilisationskrankheiten wie Adipositas, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.<sup>835</sup>

### **dd) Krankmeldung**

---

<sup>832</sup> § 8-4 Abs. 3 folketrygdloven.

<sup>833</sup> § 8-4 Abs. 4 folketrygdloven.

<sup>834</sup> Kjønstad/Syse, S. 240 zitieren den vor dem Ankenemnda überprüften Fall, in dem ein Arbeitnehmer in einer samstäglichen Wirtshausschlägerei verletzt wurde. Der Arbeitgeber verweigerte daraufhin die Entgeltfortzahlung, konnte seine Rechtsauffassung jedoch im Verfahren nicht durchsetzen.

<sup>835</sup> So auch Kjønstad/Syse, S. 240.

Der Krankengeldanspruch setzt eine Krankmeldung durch den Arbeitnehmer selbst (*egenmelding*)<sup>836</sup> oder seinen behandelnden Arzt (*legeerklæring*)<sup>837</sup> voraus. Der ärztlichen Fachkunde und der darauf basierenden Erklärung waren aber seit jeher deutlich mehr Gewicht beigemessen als den Äußerungen des Patienten. So nahm man schon bei den Gesetzesvorarbeiten für das Krankenversicherungsgesetz von 1909 an, dass das ausschließliche Vertrauen auf die Erklärungen der Patienten ein hohes finanzielles Risiko für die Krankenkassen verursachen könne. Aus der Unfallversicherung waren bereits zahlreiche Fälle über „die entsprechende Lust der Patienten und Versuche, Krankheiten zu erswindeln oder zu übertreiben“ bekannt.<sup>838</sup> Ärztliche Atteste zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit seien daher unverzichtbar. Heute ist die ärztliche Meldung Regelvoraussetzung. Mit der Reform des Krankengeldrechts 1977 wurde auch die Eigenmeldung und damit den Verzicht auf ärztliche Feststellung möglich. Mit Einführung der Eigenmeldung ging dennoch kein feststellbarer Missbrauch einher. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass diese immer in den Zeitraum der Entgeltfortzahlung fällt und somit der Wunsch nach dem Erhalt des Arbeitsverhältnisses den Arbeitnehmer von „Schwindeleien“ abhält. Zur Eigenmeldung sind die Arbeitnehmer nur unter den zusätzlichen Voraussetzungen der §§ 8-18 ff. *folketrygdloven* berechtigt. Der Anspruch auf Krankengeld erlischt in diesem Fall nach drei Werktagen, sofern keine Anschlussbestätigung durch den Arzt vorgelegt wird.

#### **ee) Leistungshöhe**

Die Höhe des Krankengeldes bemisst sich für Arbeitnehmer<sup>839</sup> sowie für Selbständige<sup>840</sup> nach dem Jahreseinkommen. Da Krankengeld lediglich für Werktage, nicht jedoch auch für Samstage und Sonntage beansprucht werden kann, ist die ermittelte Berechnungsgrundlage durch 260 zu teilen.<sup>841</sup> Der maximale Zahlbetrag ist begrenzt:

Ausgangspunkt ist der „Grundbetrag“ der Volksversicherung (*grunnbeløp* = G). Er dient zur Berechnung aller Einkommensersatzleistungen – auch zur Berechnung des Krankengelds. Der Grundbetrag wird an die Entwicklung der allgemeinen Einkommensentwicklung und des Preisindex angepasst und jährlich

---

<sup>836</sup> § 8-23 *folketrygdloven*.

<sup>837</sup> § 8-7 *folketrygdloven*.

<sup>838</sup> Forslag til lov om sygeforsikring 1908, S. 11-12, zit. nach Kjønsstad/Syse, S. 242.

<sup>839</sup> §§ 8-10 i.V.m. §§ 8-30 ff. *folketrygdloven*

<sup>840</sup> §§ 8-10 i.V.m. §§ 8-35 *folketrygdloven*.

<sup>841</sup> § 8-10 Abs. 3 *folketrygdloven*.

durch Parlamentsbeschluss festgesetzt.<sup>842</sup> Für das Jahr 2006 entspricht G dem Betrag von 62.892 NOK (ca. 7.200 €).<sup>843</sup> Die Berechnungsgrundlage ist durch das sechsfache des *grunnbeløp* (z. Zt. ca. 45.600 €/ Jahr) begrenzt, d.h. über diese Summe hinausgehende Einkünfte bleiben also unberücksichtigt. Bis zur Höhe des auf diese Weise ermittelten maximalen Jahreseinkommens kompensiert das Krankengeld den Einkommensausfall eines Arbeitnehmers vollständig (100%).

Durch die Begrenzung der Höhe kommt dem Krankengeldanspruch eine interpersonale Ausgleichsfunktion zu. Der Ausgleich vom wirtschaftlich Stärkeren, der durch hohe Versicherungsbeiträge oder Steuer viel leistet, hin zum wirtschaftlich Schwächeren ist ein Grundprinzip der Volksversicherung. Es war aber gerade kein Prinzip des Krankengeldrechts: Die Krankengeldordnung war in ihrer nahezu einhundert Jahre währenden Geschichte stets durch Leistungsproportionalität gekennzeichnet. Selbst in der Phase des Neubeginns nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs, die stark von Gleichheitsbestrebungen geprägt war, wurde an diesem Grundsatz nichts verändert. Nach geltendem Recht wird aber durch die Höchstbeträge eine umverteilende Wirkung erzielt.

Der Selbständige erhält hingegen grundsätzlich nur 65 % seines Einkommens, sofern er nicht durch Zahlung einer zusätzlichen Prämie einen Anspruch auf 100 % des vorherigen Einkommens erworben hat (§ 8-36 Abs. 1 c) *folketrygdloven*).<sup>844</sup> Für alle Versicherten ist die maximale Bezugsdauer des Krankengeldes gleich. Sie beträgt einschließlich des Entgeltfortzahlungszeitraums (Arbeitgeberperiode) ein Jahr.<sup>845</sup>

#### **ff) Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall**

Das Krankenversicherungsrecht der Nachkriegszeit sah zunächst keine Entgeltfortzahlung vor. Die Pflicht des Arbeitgebers zur Entgeltfortzahlung war aber regelmäßig individual- bzw. kollektivvertraglich begründet. Die Verknüpfung des Krankenversicherungsrechts mit dem Arbeitsrecht wurde durch einen gesetzlichen Forderungsübergang hergestellt. Schuldete der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und erhielt der Versicherte Krankengeld, so konnte der Arbeitgeber gemäß § 51 *syketrygdloven* (1956) dieses Krankengeld

---

<sup>842</sup> Vgl. § 1-4 *folketrygdloven*. Eine Übersicht mit den Sätzen seit der Einführung des Grundbetrages durch das Volksversicherungsgesetz 1967 findet sich im Internet: <http://www.skatteetaten.no/Templates/TabellerOgSatser.aspx?id=8552>.

<sup>843</sup> Vgl. Forskrift av 15. juni 2006 nr 637 om Vedtak om grunnbeløpet i folketrygda.

<sup>844</sup> Vgl. Urteil des Borgarting Lagmannsrett vom 23.02.2007 (LB-2006-164579) zur Berechnung des Einkommens bei Selbständigen. Hier war die Bemessungsgrundlage des Einkommens streitig, das aufgrund getätigter Investitionen und gleichzeitig auftretender Krankheit des Klägers sehr niedrig war.

<sup>845</sup> § 8-12 *folketrygdloven*.

erstattet verlangen oder aber mit dem Vergütungsanspruch des Versicherten aufrechnen.<sup>846</sup>

Eine zunächst 14-tägige Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (*sykelønn*) wurde durch die *sykepenger*-Reform von 1977 eingeführt und zugleich eine Karenzzeit von drei Tagen abgeschafft. Seitdem unterscheidet das *folketrygdloven* in den Zeitraum, in welchem der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung schuldet (*arbeidsgiverperioden*) und die sich danach anschließende Zeit, in welcher die Volksversicherung in der Pflicht steht (*trygdeperioden*). Mittlerweile wurde die Entgeltfortzahlungsperiode auf 16 Tage verlängert.<sup>847</sup> Im Sommer 2006 führte ein Vorstoß der Regierung zur Veränderung des bestehenden Systems zu massiven Protesten seitens der Arbeitgeberverbände, in deren Folge das bisherige Recht nicht verändert wurde.

Berechnung und Höhe des Krankengeldes für Arbeitnehmer folgen im Zeitraum der Entgeltfortzahlung den allgemeinen Regeln. Da naturgemäß für Selbständige keinerlei Entgeltfortzahlungsphase besteht, indes auch dort der Bedarf zur Kompensation kürzerer Einkommenseinbußen besteht, wird dem Selbständigen die Möglichkeit zur vollständigen Absicherung durch Erhöhung der Versicherungsprämie eingeräumt.<sup>848</sup>

Der Arbeitgeber kann sich auf Antrag von der Verpflichtung zur Entgeltfortzahlung befreien, wenn ihm aufgrund einer chronischen Erkrankung oder Behinderung seines Arbeitnehmers hohe Kosten dadurch entstehen, dass der Arbeitnehmer überdurchschnittlich oft krankheitsbedingt ausfällt. Um die Chancen chronisch kranker und behinderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern, kann er Befreiung bzw. Rückerstattung bereits geleisteter Zahlungen verlangen, sofern der Arbeitnehmer mindestens 35 Arbeitstage pro Jahr ausfällt und hiervon 25 Tage in die Entgeltfortzahlungsperiode fallen.<sup>849</sup> Eine zusätzliche Erleichterung besteht für kleinere Betriebe, welche sich gegen das Risiko der Entgeltfortzahlung versichern können. Sie können dann gem. § 8-21 *folketrygdloven* Erstattung für geleistete Lohnfortzahlung von der Sozialversicherung verlangen.<sup>850</sup>

---

<sup>846</sup> Ohldieck/Litleré/Rygh, § 51, Anmerkung 2.

<sup>847</sup> Vgl. Ot. prp. nr. 24 (1997-1198), Innst. O nr. 7 (1997-1998).

<sup>848</sup> 8-36 Abs. 1 *folketrygdloven*.

<sup>849</sup> § 8-20 *folketrygdloven*.

<sup>850</sup> Vgl. die ausführende Verordnung: Forskrift av 25.mars 1997 nr. 260 om forsikring mot ansvar for sykepenger i arbeidsgiverperioden for små bedrifter. Die Erstattung erfolgt technisch durch eine Freistellung des Arbeitgebers zur Zahlung von Beiträgen. Die Konstruktion ähnelt der im deutschen Recht für Lohnfortzahlungen und mutterschaftsbedingte Entgeltleistungen des Arbeitgebers (z.B. §§ 11 und 14 MuSchG)

## **gg) Zuständigkeit**

Zuständig für Berechnung und Auszahlung des Krankengeldes ist die lokale Volksversicherungsstelle (*NAV-kontoret*). Die Behörde entscheidet über den Entgeltfortzahlungsanspruch und den Anspruch gegen die Volksversicherung durch Verwaltungsakt. Ist der Versicherte mit der Entscheidung nicht einverstanden, kann er in der Entgeltfortzahlungsphase ein Schiedsverfahren vor einem eigens dafür geschaffenen Beschwerdeausschuß anstrengen.<sup>851</sup>

## **5. Zahnärztliche Versorgung**

### **a) Entwicklung der zahnärztlichen Versorgung**

Für die zahnärztliche Versorgung kommt die Volksversicherung nur begrenzt auf. Nach dem Krankenversicherungsgesetz von 1909 gehörte die zahnärztliche Versorgung zumindest in gewissem Umfang zu der von der jeweiligen Kreiskrankenkasse geschuldeten Leistung. Dazu gehörte das „Zahnziehen bei Ärzten oder Zahnärzten“,<sup>852</sup> jedoch kein Kostenersatz für zahnerhaltende Therapieformen oder künstlichen Zahnersatz. Ein Reformvorschlag von 1914 sah die Ausweitung der Kostenersatzung vor, scheiterte aber am Widerstand der *Riksforsikringsanstalt* und - auf den ersten Blick verwunderlich - des Norwegischen Zahnarztverbandes (*Norske Tannlegerforeninger* - *NTF*). Der Gesetzesvorschlag zielte darauf ab, Kosten der Behandlungen „in Zahnkliniken, durch fest angestellte Zahnärzte oder durch Gewährung von Festbeträgen an privat tätige Zahnärzte zu erstatten“<sup>853</sup> Die Beweggründe der Reichversicherungsanstalt waren leichter erkennbar: die Behörde in *Kristiania* fürchtete einen starken Kostenanstieg. Maßgeblich war jedoch der Widerstand der Zahnärzte. Sie sahen in der vorgeschlagenen Eingliederung eine Einschränkung ihrer Autonomie, befürchteten wirtschaftliche Nachteile und hielten darum die Beibehaltung des bestehenden Systems freier Zahnarztwahl und vor allem die freie Preisbildung für deutlich vorteilhafter.<sup>854</sup> Der Widerstand der *NTF* zeitigte Erfolg: Man stützte die politischen Bestrebungen um den Ausbau einer umfassenden öffentlichen zahnärztlichen Versorgung von Schulkindern und verhinderte zugleich, dass die allgemeine zahnärztliche Versorgung der Versicherten in den Leistungskatalog aufgenommen wurde. Ab 1917 übernahm der Staat einen Teil der Verantwortung für die öffentliche Zahngesundheit, in dem

---

bekannten Konstruktion eines Umlageverfahrens für Kleinbetriebe. Seit 01.01.2006 im Aufwendungsausgleichsgesetz vom 22. Dezember 2005, (BGBl. I S. 3686) geregelt.

<sup>851</sup> § 21-13 folketrygdloven.

<sup>852</sup> § 16 A a) sygeforsikringsloven 1909.

<sup>853</sup> Innst. O. (1914) III, S. 40f.

<sup>854</sup> Holst, Tidskrift Velferdsforskning, S. 198.

er kostenlose Untersuchungen und Behandlungen für Schulkinder finanzierte.<sup>855</sup> Parallel dazu wurde weiter über die Einführung von Kostenerstattungssätzen ins Krankenversicherungsrecht diskutiert. Dieser Streit offenbarte die Alternativität zweier grundverschiedener Modelle: Auf einer Seite stand das direkte Angebot steuerfinanzierter, für die Patienten jedoch kostenfreier Sachleistungen, auf der anderen Seite die Aufnahme von Erstattungsregeln für Zahnbehandlungen ins Krankenversicherungsrecht. Das *Storting* entschied sich für die Monopollösung einer öffentlich finanzierten und organisierten zahnärztlichen Versorgung und stellte so auf Dauer die Weichen gegen eine Aufnahme ins Krankenversicherungsrecht. Von dieser Grundsatzentscheidung wurde bis auf wenige Ausnahmen, welche durch verschiedene sozialpolitische Vorstöße im Verlauf der folgenden Jahrzehnte initiiert waren, nicht abgewichen.

In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg verschob sich der gesundheitspolitische Akzent generell in die Richtung der öffentlichen Gesundheitspolitik, was auch bei der zahnärztlichen Versorgung deutlich wurde. So sollte für ein landesweites Angebot zahnärztlicher Betreuung gesorgt werden. Durch das „Gesetz über die Zahnpflege“<sup>856</sup> von 1949 sollte sichergestellt werden, daß künftig auch in den nördlichen Provinzen vor allem für Schulkinder, nach Möglichkeit jedoch auch für Erwachsene, kostenlose Untersuchungs- und Behandlungsleistungen angeboten würden. Obschon niemals völlig abgelehnt, blieb die allgemeine zahnärztliche Betreuung als Versicherungsleistung nach wie nur ein untergeordnetes Ziel der Gesundheitspolitik.<sup>857</sup> Der ehrgeizige Plan, mittels einer flächendeckenden öffentlichen Zahnversorgung auch die Zahngesundheit der erwachsenen Bevölkerung sicherzustellen, misslang jedoch. Auch eine gesetzliche Neuregelung im Jahre 1984<sup>858</sup> verbesserte das Versorgungsangebot in dünn besiedelten Regionen nur unwesentlich. In den 1990er Jahren waren die politischen Bestrebungen von Versuchen gekennzeichnet, die großen regionalen Unterschiede innerhalb der Versorgung auszugleichen. Umfangreiche Anwerbungsmaßnahmen für Zahnärzte aus Deutschland<sup>859</sup> und anderen EWR-Ländern begannen und es wurden staatlich geförderte Qualifikationslehrgänge für Zahnmediziner aus Nicht-EWR-Staaten organisiert. Zusätzlich wurde durch die Arbeitsverwaltung im Jahr 2001 eine so genannte Vikar-Ordnung geschaffen, mit

---

<sup>855</sup> NOU 2005:11, S. 14.

<sup>856</sup> Lov av 28. juli 1949 om folketannrøkt, wörtlich: „Gesetz über die Volkszahnpflege“.

<sup>857</sup> Holst, Tidskrift Velferdsforskning, S. 199.

<sup>858</sup> Lov av 03. mars 1983 nr 54 om tannhelsetjenesten.

<sup>859</sup> Von allen im öffentlichen Zahngesundheitssektor Norwegens tätigen Zahnärzten sind gegenwärtig etwa 15% Deutsche.



der in Ausbildung befindliche Zahnärzte gegen erhebliche finanzielle Vergünstigungen (kostenfreie Wohnung, Tagespauschale, Fahrtkosten für regelmäßige Heimreisen) für die nördlichen Regionen geworben werden sollten.<sup>860</sup>

Bis in die heutige Zeit wurden verschiedene Vorstöße zur Einführung von Erstattungsregeln des Krankenversicherungsrechts unternommen, die allesamt das bestehende System unberührt ließen. Eine derartige zukünftige Erweiterung des Leistungskataloges im *folketrygdloven* gilt als unwahrscheinlich.<sup>861</sup> Jüngere Erhebungen beziffern den privat zu tragenden Kostenaufwand eines Erwachsenen für zahnärztliche Leistungen auf durchschnittlich 2.250 NOK (ca. 270 €) pro Jahr: Sie beweisen damit zugleich den erheblichen Anstieg der Kosten innerhalb eines Jahrzehnts, der in erster Linie auf die Erhöhung der Behandlungsentgelte zurückzuführen ist.<sup>862</sup>

Dennoch werden sie von der Allgemeinheit nicht als zu hoch empfunden. Zum einen sind die Patienten im gesamten Gesundheitswesen erhebliche Eigenbeteiligungen gewohnt. Daneben ist dies sicher auch dem Umstand geschuldet, daß nur etwa ein Drittel der Patienten Ausgaben tragen müssen, die über 1.500 NOK/Jahr (ca. 180 €) liegen.<sup>863</sup> Echte Nachteile bestehen aber für jenes Drittel der Bevölkerung, das aufgrund schlechter Zahngesundheit Ausgaben tätigen muss, die deutlich über den durchschnittlichen liegen.

Vergleichende Untersuchungen aus den 1990er Jahren ließen zwei bemerkenswerte Beobachtungen zu. Der Vergleich mit den Zahnarztversorgung leistenden norwegischen Eisenbahn-Krankenkassen oder dem Krankenversicherungssystem Schwedens machte deutlich, dass das Angebot von Zahnbehandlungen als Versicherungsleistungen geeignet ist, die Nachfrage nach eben diesen Leistungen zu steigern.<sup>864</sup> Dies könnte zu einer Verstärkung der Schieflage in der Ärztedichte führen. Würden in bevölkerungsreichen Regionen immer mehr zahnärztliche Leistungen nachgefragt, so führte dies mittelbar zur dortigen vermehrten Ansiedlung von Leistungsanbietern. Dort aber, wo sie benötigt würden, um die Grundversorgung der Bevölkerung zu sichern, wäre der Anreiz zur Ansiedlung nicht gegeben. Auch eine zweite Beobachtung überrascht: Danach besteht gerade keine Beziehung zwischen der gesteigerten Nachfrage

---

<sup>860</sup> NOU 2005:11, S. 17.

<sup>861</sup> Andenæs/MolvenRasmussen/Sandberg/Warberg - Warberg meint, ein allgemeines Recht auf kostenfreie Zahnbehandlung sei auch in Zukunft in „keiner Weise realistisch“, S. 376.

<sup>862</sup> Holst, Tidskrift Velferdsforskning, S. 194 geht für 1994 von ca. 1300 NOK/Jahr/Patient aus.

<sup>863</sup> Holst, Tidskrift Velferdsforskning, S. 203.

<sup>864</sup> Holst, Tidskrift Velferdsforskning, S. 204 f.

nach Zahnbehandlungsleistungen und der allgemeinen Zahngesundheit. Durch letztere Erkenntnis brach ein wesentlicher Teil der Argumentation für eine Inkorporierung zahnärztlicher Leistungen in das Sozialversicherungsrecht in sich zusammen, nach der die allgemeine Zahngesundheit (*folkstannhelse*) durch die Einbeziehung gefördert werden würde. Ein Expertenausschuss, welcher im Jahre 2004 berufen wurde, um das bestehende System zu analysieren und alternative Modelle zu untersuchen, beschäftigte sich vor allem mit den Möglichkeiten einer alternativen Finanzierung und Organisation.<sup>865</sup> Im Ergebnis wendet sich die Kommission gegen eine Steuerfinanzierung oder Versicherungsordnung, da durch sie starke Fehlanreize zu befürchten seien und Effektivitätsverluste einzutreten drohten.<sup>866</sup>

## **b) Leistungspflichten der Volksversicherung**

Der ganz überwiegende Teil der zahnärztlichen Versorgung ist den freien Kräften des Marktes unterworfen; die Volksversicherung zahlt nur für die Behandlung genau bestimmter Erkrankungen des Mundraumes oder Kiefers nach durch Verordnung festgelegten Kostensätzen.<sup>867</sup> Im Übrigen schließen die Patienten mit dem Zahnarzt ihrer Wahl einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag und schulden dafür ein Behandlungsentgelt, welches sich an den von der *NTF* festgesetzten Basistarifen orientiert. Lediglich solche Erwachsene, deren Einkommen nicht zur Zahlung der Zahnarztrechnungen ausreicht, können nach sozialhilferechtlichen Vorschriften (*sosialtjenesteloven*) Unterstützung durch ihre Wohnkommune erhalten. Bis 1995 wurden Standardentgelte für Behandlungsleistungen zwischen Gesundheitsministerium und der *NTF* ausgehandelt, die für die Mitglieder des Zahnarztverbandes verbindlich sein sollten. 1995 fielen die Entgeltverhandlungen weg und die Preise für die angebotenen Leistungen können sich seitdem frei bilden.<sup>868</sup> *Sørensen* und *Rune* meinen, die Zahnärzte hätten die ihnen gegebene Marktmacht nicht missbraucht, um ihren eigenen Gewinn zum Nachteil der Patienten zu mehren.<sup>869</sup> Insoweit sei aus der Preisfreigabe kein Nachteil erwachsen. Die Autoren meinen, die zahnärztliche „Aufmerksamkeit richte sich auf das Wohlergehen des Patienten und nicht darauf, wie der Patient ökonomisch auszunutzen sei“. Sie vermuten, die

---

<sup>865</sup> NOU 2005:11 - Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet.

<sup>866</sup> NOU 2005:11, S. 69 f.

<sup>867</sup> So etwa operative Eingriffe, Röntgenuntersuchungen, kieferorthopädische Behandlungen, Behandlungen bei Krebserkrankungen in der Mundhöhle. Vgl. § 1 Forskrift av 21. des. 2005 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom.

<sup>868</sup> NOU 2005:11, S. 101. *Sørensen/Grytten*, TfV 2000, S. 7 f.

<sup>869</sup> *Sørensen/Grytten*, TfV 2000, S. 8.

Zahnärzte „fassten sich nicht als profitmaximierende Akteure auf“.<sup>870</sup> Hingegen scheint das staatliche Vertrauen in die zahnärztlichen Beweggründe in gewisser Weise begrenzt: Durch Verbraucherschutzvorschriften, welche den Zahnarzt etwa verpflichten, in seiner Praxis eine Preisliste für typische Behandlungsarten (z.B. für Konsultation, zahnerhaltende Maßnahmen, Zahnersatz) auszuhängen, soll eine Übervorteilung des Patienten vermieden werden.<sup>871</sup>

Signifikante Unterschiede bestehen bei der regionalen Verteilung des Leistungsangebotes. In den nördlichen Regionen ist die Bereitschaft, in privater Praxis tätig zu werden, wenig ausgeprägt, wogegen im dichter besiedelten Süden und vor allem in den Großstädten eine hohe Dichte privater Zahnarztpraxen vorzufinden ist.

Der zweite Sektor zahnärztlicher Versorgung und der wirtschaftlich weniger bedeutende ist der „öffentliche Zahngesundheitsdienst“ (*offentlige tannhelsetjenesten*). Durch Gesetz vom 03.06.1983<sup>872</sup> wurde die staatliche Verantwortung für eine kostengünstige Zahnbehandlung von bestimmten Bevölkerungsgruppen festgelegt. Nach § 1-3 a.-d. *tannhelsetjenesteloven* (*thtjl.*) müssen die *fylkeskommunen* ein regelmäßiges Angebot an prophylaktischen Untersuchungen für Kinder, Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, psychisch Kranke sowie für Alte, chronisch Kranke und berufsunfähige Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen (*sykehjem*) sicherstellen. Darüber hinaus sind nach § 1-3 e die *fylkeskommunen* berechtigt, dieselben Prophylaxeleistungen eigens bestimmten und bevorzugten Bevölkerungsgruppen zukommen zu lassen.<sup>873</sup> Letztere Ermächtigung ist Ausdruck des fortdauernden Willens, eine umfassende öffentliche Zahngesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zu schaffen. An der Gesetzesformulierung wird deutlich, daß es sich um eine freiwillige Selbstverpflichtung der *fylker* handelt. Sie kann über den bindenden Pflichtenkatalog für die explizit aufgezählten Personengruppen hinausgehen. Beschließt aber die *fylkeskommune*, eine weitere Bevölkerungsgruppe in den zu bevorzugenden Rang zu erheben, so ergibt sich auch für diese Personen wie für die anderen in § 1-3 a bis d *tannhelsetjenesteloven* aufgezählten nach § 2-1 S. 1 ein Anspruch auf die notwendige zahnärztliche Versorgung. Die zu beanspruchende Behandlung ist für die Patienten nicht kostenfrei, da das

---

<sup>870</sup> Sørensen/Grytten, a.a.O.

<sup>871</sup> Forskrift av 26. januar 1996 nr. 122 om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m.

<sup>872</sup> Lov av 03. juni 1983 om tannhelsetjenesten.

<sup>873</sup> Nicht alle fylker bieten diese Leistungen an. In der Regel handelt es sich um sozial besonders schutzwürdige Personen wie Pflegebedürftige oder voll erwerbsgeminderte Personen. Vgl. NOU 2005:11, S. 40.

*tannhelsetjenesteloven* das Gesundheitsministerium und die *fylkeskommunen* ermächtigt, durch Verordnung sowohl feste Entgeltsätze als auch Eigenbeteiligungen (*takster og egenandeler*) festzusetzen.<sup>874</sup> Zugleich verbietet § 2-2 S. 2 grundsätzlich die Belastung von Kindern<sup>875</sup>, psychisch Kranken und Pflegeheimbewohnern mit solchen Entgelten. Für die Gruppe der 19 - 20-Jährigen ist die Zahlung eines Viertels des für die konkrete Behandlung festgesetzten Eigenanteils verpflichtend.

Die öffentliche Zahnversorgung wird ganz überwiegend durch die bei den *fylkeskommunen* fest angestellten Zahnärzte sichergestellt. Zwar sind zur Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Pflichten auch Verträge zwischen den *fylkeskommunen* und privat praktizierenden Zahnmedizinern möglich, jedoch wird von dieser Möglichkeit in der Praxis nur wenig Gebrauch gemacht.<sup>876</sup>

### **c) Verhältnis der öffentlichen Versorgung zum Volksversicherungsrecht**

Zwischen der öffentlichen zahnärztlichen Versorgung und dem Sozialversicherungsrecht besteht grundsätzlich ein wechselseitiges Ausschlussverhältnis.<sup>877</sup> Jedes der beiden Regelwerke hat einen eigenen Kreis von Leistungsempfängern und einem eigenen Leistungskatalog.<sup>878</sup> So schuldet die Volksversicherung die Kostenerstattung nur, falls nicht die Verantwortung der öffentlichen Versorgung begründet ist. § 5-6 *folketrygdloven* selbst gibt keinen Hinweis auf den Umfang des Leistungskataloges. Die ausführende Verordnung<sup>879</sup> definiert hingegen detailliert einen Positivkatalog von Behandlungen, welche eine Erstattungspflicht der Sozialversicherung hervorrufen. Zu diesen Leistungen gehören unter anderem operative Eingriffe im Mundraum, die Parodontosetherapie, die Anfertigung von Röntgenaufnahmen und kieferorthopädische Behandlungen.<sup>880</sup> Unterschieden wird zwischen unbedingten und bedingten Leistungen. Während jene nur die Behandlung durch einen berufsrechtlich ordnungsgemäß zugelassenen Zahnarzt erfordern, setzen diese die bedingten Leistungen einen vorherigen Antrag bei den Volksversicherungsbehörden und deren Zusage voraus.

---

<sup>874</sup> § 2-2 *tannhelsetjenesteloven*.

<sup>875</sup> Eine Ausnahme von der Ausnahme ist die Eigenanteilsregelung für kieferorthopädische Behandlungen. Hierfür sind Eigenanteile zu zahlen. Zugleich schuldet die Sozialversicherung Erstattungsbeiträge, die von der Prognose abhängig sind. Der Erstattungsanteil steigt zudem, wenn mehrere Geschwister kieferorthopädischen Behandlungsbedarf haben. Vgl. Forskrift av 21. desember 2005 nr. 1634.

<sup>876</sup> NOU 2005:11, S. 21.

<sup>877</sup> § 5-1 S. 3 i.V.m. § 5-22 *folketrygdloven*.

<sup>878</sup> Zu auftretenden Friktionen beider Ordnungen vgl. NOU 2005:11, S. 41.

<sup>879</sup> Forskrift av 21. desember 2005 nr. 1634 om om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom.

<sup>880</sup> § 1 Forskrift av 21. desember 2005 nr. 1634.

Sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, schuldet die *folketrygd* dem Versicherten die vom Gesundheitsministerium festgelegten Erstattungssätze. Sofern ein Vertrag zwischen der lokalen Volksversicherungsstelle und dem einzelnen Zahnarzt besteht, kann die Abrechnung des Erstattungsanspruchs direkt erfolgen und der Patient schuldet dem Zahnarzt lediglich den nicht sozialversicherungsrechtlich gedeckten Honoraranteil. Dem Patienten verbleibende Honorarbestandteile für einen Teil<sup>881</sup> der erstattungspflichtigen zahnärztlichen Leistungen gelten als Eigenanteile im Sinne der Eigenanteilsgrößenverordnung 2 (*egenandelstak 2*) und verhindern so die übermäßige Belastung chronisch Kranker.

## **6. Arzneimittelversorgung**

Der norwegische Arzneimittelmarkt ist wegen der geringen Einwohnerzahl und des im Durchschnitt geringen Arzneimittelverbrauchs klein; er ist ferner durch eine starke staatliche Regulierung gekennzeichnet. Dies zeigt sich an der Zulassung, der Preisbildung und den Verkaufsmodalitäten.

### **a) Arzneimittel**

Der Begriff des Arzneimittels (*legemiddel*) ist gemäß § 2 Arzneimittelgesetz (*legemiddelloven*) definiert als „Stoff, Droge oder Präparat, welche[r] bestimmt ist oder ausgegeben wird, um Krankheiten vorzubeugen, Krankheiten oder deren Symptome oder Schmerzen zu heilen oder zu lindern, welche auf physiologische Funktionen von Menschen oder Tieren wirken oder in innerlicher oder äußerlicher Anwendung gebraucht werden, um Krankheiten nachzuweisen.“ Alle Arzneimittel und Wirkstoffe müssen in einer Liste<sup>882</sup> aufgenommen sein, welche vom Staatlichen Arzneimittelamt (*Norsk Legemiddelverket*) geführt wird.

### **b) Zulassung**

Für die Zulassung von Medikamenten auf dem norwegischen Markt ist auf nationaler Ebene das Staatliche Arzneimittelamt (*Statens Legemiddelverket*) zuständig, welches das Verfahren nach den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes (*legemiddelloven*) und den ausführenden Verordnungen durchführt.

Die gemeinschaftsweite Zulassung bei der *Europäischen Agentur zur Beurteilung von Arzneimitteln (EMA)*<sup>883</sup> in London steht einer norwegischen Zulassung gleich. Als dritte Möglichkeit steht der Marktzugang all jenen Herstellern offen,

---

<sup>881</sup> Nach § 1a Forskrift av 19. desember 2002 nr. 1789 om egenandelstak 2 zählen dazu Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten, nicht jedoch kieferorthopädische Zahnregulierung.

<sup>882</sup> Forskrift 27. desember 1999 nr. 1565 om legemiddelklassifisering (legemiddellisten, unntakslisten og urtelisten).

<sup>883</sup> <http://www.emea.europa.eu>.

welche ihr Arzneimittel im Wege des sogenannten dezentralen gegenseitigen Anerkennungsverfahrens am norwegischen Markt einführen.<sup>884</sup> Dabei wird eine Zulassung nach dem nationalen Recht eines EWR-Staates erteilt und diese Zulassung auf Antrag in dem Zielland anerkannt.<sup>885</sup>

### c) Preisbildung bzw. Preisfestsetzung

Das Arzneimittelrecht unterscheidet zwischen verschreibungspflichtigen und nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten. Nur für jene Medikamente bestehen Regulierungen zur Preisbildung, wogegen sich die Preise für diese auf dem freien Markt bilden. Für die verschreibungspflichtigen Medikamente setzt die staatliche Preisbildung auf zwei Ebenen an.

#### aa) Apothekeneinstandspreis

Ein erster Eingriff erfolgt durch die Bestimmung der Einstandspreise für Apotheken (*apotekets innkjøpspris* - AIP), d.h. der Preise, zu welchen die Apotheken Medikamente von den Großhändlern erwerben. Die amtliche Festsetzung der Höchstgrenzen<sup>886</sup> für die Apotheken-Einstandspreise hindert den Apotheker nicht, durch Verhandlungen mit den Grossisten einen günstigeren Einkaufspreis zu erreichen. *Statens legemiddelverk* legt den Höchstpreis gemäß § 12-2 *legemiddelforskrift* nach einer vergleichenden Preisanalyse<sup>887</sup> mit anderen EWR-Ländern oder hilfsweise nach dem Preis eines bereits auf dem norwegischen Markt befindlichen Medikaments gleichen Wirkstoffes fest. Der Apothekeneinkaufspreis orientiert sich dabei an den drei geringsten Durchschnitts-Marktpreisen in neun Vergleichsländern.<sup>888</sup>

Durch Öffnung des Arzneimittelmarktes in Folge des EWR-Beitritts besteht zudem die Möglichkeit eines Parallel-Importes von Arzneimitteln.<sup>889</sup> Mit Hinblick auf den Grundsatz der gegenseitigen Anerkennung nationaler Herstellungs- und Vermarktungsregeln<sup>890</sup> als Ausprägung des freien Warenverkehrs ist es einem Arzneimittelhändler möglich, die in einen Mitgliedsstaat exportierten Arzneimittel eines Herstellers aufzukaufen und anschließend in einem weiteren Mitgliedsstaat

---

<sup>884</sup> Rechtsgrundlage des dezentralen Anerkennungsverfahrens ist die Richtlinie 65/65/EWG (ABl. EG 1965 Nr. 22, S. 369), geändert durch 93/39/EWG (ABl. EG L 214 vom 24.8.1993).

<sup>885</sup> Ot. prp. nr. 29 (1998-1999), 8.3.

<sup>886</sup> § 12-1 ff. Forskrift av 22. desember 1999 nr. 1559 om legemidler (legemiddelforskrift).

<sup>887</sup> Die internationale Referenzierung zur Preisbildung ist eine Methode, der sich u.a. Kanada, Irland, Italien, Luxemburg, die Niederlande und Portugal bedienen.

<sup>888</sup> Schweden, Finnland, Dänemark, Deutschland, Vereinigtes Königreich, Niederlande, Österreich, Belgien und Irland. Vgl. Legemiddelverkets retningslinjer for prisfastsettelse.

<sup>889</sup> Zugleich verlor die staatliche Aktiengesellschaft *Norsk Medisinaldepot AS* (NMD) ihre Monopolstellung für den Import von Arzneimitteln.

<sup>890</sup> Oppermann, Rn. 1300.

einzuführen. Der Händler nutzt so das Preisgefälle zwischen den Ländern.<sup>891</sup> Auch für solche, als Parallel-Importe nach Norwegen eingeführte Arzneimittel, werden durch das *legemiddelverk* Höchstpreise festgesetzt, welche denen der Direktimporte entsprechen. Dasselbe gilt für zum Markt zugelassene Generika zu. Diese rigide Preisfestsetzung ist im Sommer 2000 gegen den Widerstand der Pharmaindustrie<sup>892</sup> eingeführt wurden und löste das bis 2001 bestehende Referenz-Preissystem ab. Es hatte die Erwartungen im Hinblick auf die Einsparungen bei den Medikamentenpreisen nicht erfüllen können und musste zudem wegen Unvereinbarkeit mit dem Europarecht<sup>893</sup> geändert werden.

Durch die direkte Festsetzung wird in die Preisgestaltungsfreiheit der Unternehmen eingegriffen, welche als Ausprägung Berufsfreiheit auch nach norwegischem Verfassungsrecht (§ 101 *grunnloven*) geschützt ist. Gegen eine Reihe von Preisfestsetzungsbeschlüssen erhoben Pharmaunternehmen Klage vor dem dem erstinstanzlichen Gericht (*Tingrett*) Oslo und gingen gegen die abweisende Entscheidung in Berufung.<sup>894</sup> Die Unternehmen machten geltend, dass durch Verzögerungen im Verwaltungsverfahren des *legemiddelverket* nicht alle Präparate zugleich behandelt werden könnten. Dies führte dazu, dass für einzelne von den Klägern produzierten Medikamenten ein Preis festgesetzt wurde, wogegen für Konkurrenzprodukte die Preisfestsetzung noch nicht zum selben Zeitpunkt galt. Die Unternehmen sahen in der behördlichen Behandlung den Gleichheitsgrundsatz verletzt. Hingegen wurde die berufsregelnde Wirkung der Preisfestsetzung als solche nicht thematisiert.

## **bb)Endverbraucherpreis**

Auf einer zweiten Ebene wird der Endverbraucherpreis (*apotekets utsalgspris* - *AUP*) mittelbar festgelegt, indem das Arzneimittelamt zusätzlich eine Obergrenze für die Gewinnmargen der Apotheken festlegt (§ 12-3 S.1 *legemiddelforskrift*).<sup>895</sup> So wird der Verbraucher vor uneinheitlichen Preisen in verschiedenen Apotheken geschützt.<sup>896</sup> Zudem wird durch die wirtschaftliche Sicherung der Apotheken eine hohe Dichte und somit eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung

---

<sup>891</sup> Ot. prp. nr. 29 (1998-1999), 4.4.1. Zum Verhältnis von Warenverkehrsfreiheit und Parallelimporten: Koenig, Engelmann und Sander, GRURInt, 2001, S. 919 ff.

<sup>892</sup> Hågå/Sverre, Eur J Health Econom 2002, S. 217.

<sup>893</sup> Richtlinie 89/105/EWG betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme.

<sup>894</sup> Borgarting Lagmannsrett - dom, 2005-12-09, LB-2004-54657.

<sup>895</sup> Vgl. zu den Einzelheiten: Statens Legemiddelverkets Rundskriv 08/2005: Årsregnskap og driftsstøtte for 2005, legemiddelavgift og apotekavanse for 2006.

<sup>896</sup> Brekke/Straume, S. 26.

sichergestellt.<sup>897</sup> Die genauen Regelungen für die Berechnung der Gewinnmargen finden sich nicht im Gesetz, sondern bestimmen sich durch innerbehördlich gesetzte Regelungen.<sup>898</sup> Der Endverbraucherpreis bestimmt sich durch eine Kombination eines Zuschlages fester Höhe mit einem prozentualen Zuschlag. Dessen Höhe ist abhängig vom Apotheken-Einstandspreis und degressiv gestuft, wodurch die Gewinnmarge der Apotheke bei teuren Medikamenten relativ niedriger ausfällt.<sup>899</sup> Die direkte Begrenzung der Gewinnmargen ist juristisch von erheblichem Interesse, da sie auch europarechtlichen Zündstoff enthält. Dabei ist neben der Preisfestsetzung für Parallelimporte auch an die Bindungswirkung der Preisfestsetzungsregeln für Internet-Apotheken zu denken, welche aus dem Ausland norwegische Patienten mit Medikamenten beliefern.<sup>900</sup> Gegenwärtig ist wegen dieser Fragen noch kein juristischer Streit entbrannt.

#### **d) Apothekenwesen**

Das norwegische Apothekenwesen ist durch die Reform des Apothekengesetzes (*apotekloven*) im Jahre 2001<sup>901</sup> erheblich verändert worden. Zuvor durften lediglich natürliche Personen mit einem Hochschulabschluss in Pharmazie und staatlicher Approbation eine Apotheke betreiben,<sup>902</sup> nicht aber juristische Personen.<sup>903</sup> Die Erleichterung der personalen Voraussetzungen des Apothekenbetriebs war zentrales Anliegen der Gesetzesreform.<sup>904</sup> Auch das bisher bestehende geregelte Mehrbesitzverbot wurde aufgehoben und den Betreibern wurde die Möglichkeit des Betriebs von Filialapotheken eingeräumt. Neben der Reform des Apothekengesetzes hat vor allem der Beitritt zum Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) zur Liberalisierung beigetragen. So wurde das Monopol des bis dahin einzigen Großhändlers (*Norsk Medisinaldepot ASA*) gebrochen und es kam zu einem Markteintritt einiger Konkurrenten. Deren Engagement führte zu einer Neuordnung der Marktverhältnisse im Hinblick auf Angebot und Nachfrage,

---

<sup>897</sup> § 12-4 legemiddelforskrift. Eine ähnliche Argumentation für das deutsche Apothekenwesen: OLG Hamm, MMR 2005, S. 102.

<sup>898</sup> Dies ermöglicht dem legemiddelverk innerhalb allgemeiner rechtsstaatlicher Prinzipien eine hinreichende Flexibilität, mit dem es auf die Beobachtung möglicher Fehlanreize reagieren kann. Die Legitimationsbasis für die behördliche Regelung wird dabei aus der allgemeinen Budgethoheit der Regierung abgeleitet.

<sup>899</sup> Eine Übersicht der Aufschläge findet sich bei Brekke/Straume, S. 36.

<sup>900</sup> Der EuGH lehnt in der DocMorris-Entscheidung die Bindungswirkung der Arzneimittelpreisverordnung für ausländische Anbieter ab (EuGH Rs. C-322/01, Slg. 2003 I-14887 (Doc Morris) Rz. 116. Das OLG Hamm sieht etwa die Bindung eines niederländischen Internetanbieters durch die deutsche AmpV als Verstoß gegen Art. 28 EGV. Vgl. dazu ausführlich Mand, GRURInt, 2005, S. 637 ff.

<sup>901</sup> Lov av 02. juni 2000 nr. 39 om apotek (apotekloven).

<sup>902</sup> § 8 lov av 21. juni 1963 nr. 17 om drift av apotek.

<sup>903</sup> Ot. prp. nr. 29 (1998-1999), 10.1.2.1.

<sup>904</sup> NLK-apotekloven-Uggerud, Vorbemerkungen.



zum Streben nach vertikaler und horizontaler Integration, zu Börsengängen und Verschmelzungen ehemaliger Wettbewerber.<sup>905</sup> So sind alle drei bedeutenden Großhändler (*Gehe*, *Tamro* und *Holtung*), welche mit einem Marktanteil von 85% den norwegischen Arzneimittelmarkt praktisch dominieren, mit einer der großen Apothekenketten (*Vitusapotek*, *Apotek 1* und *Alliance Apotek*) vertikal integriert. Durch die Öffnung des Marktes für neue Formen der Arzneimittelversorgung kam es zur vermehrten Ansiedlung in den dichtbesiedelten Gebieten im Süden und Osten, nicht aber in den Kommunen, welche auch zuvor keine Apotheke hatten. Im Hinblick auf die Sicherung der Versorgung im gesamten Land erfüllte sich die Hoffnung auf eine erhebliche Verbesserung nicht. Es bestehen nach wie vor Bedarf und politische Bereitschaft zur Unterstützung einzelner Apotheken mittels Betriebskostenzuschüssen (*driftstilstøtte*), welche aus einer Sonderabgabe für Arzneimittel finanziert werden.<sup>906</sup>

In der rechtspolitischen Diskussion um die künftige Entwicklung des Apothekenwesens werden unter den politischen Parteien erhebliche Meinungsverschiedenheiten deutlich. Klar wird dies an der Frage der Präsenzapotheke. Auch nach der Reform des Apothekengesetzes blieb Voraussetzung für den Betrieb einer Apotheke, dass diese physisch zugänglich sein muß. Damit ist der Versandhandel von Arzneimittel zunächst durch den Gesetzgeber untersagt. Unterdessen hat jedoch der Europäische Gerichtshof mit seiner Entscheidung *DocMorris*<sup>907</sup> eine erneute Befassung mit dieser Frage erzwungen. Nach wie vor sehen die Vertreter der *DNA*, der *Sosialistisk Venstreparti* und der *Senterparti* in der Zulassung eines solchen Versandhandels eine erhebliche Gefahr für jene Apotheken, welche am Rande der Wirtschaftlichkeit in dünn besiedelten Gebieten operieren. Neben den Gefahren für die Apotheken selbst befürchtet man auch eine potentielle Verschlechterung des Beratungsangebotes und bezweifelt die Sicherheit des Postversands.<sup>908</sup> Die konservativen Parteien hingegen verweisen auf die positiven Erfahrungen, welche in anderen EWR-Ländern mit dem Betrieb von Internetapotheken gemacht worden sind und zeigen eher Bereitschaft, das Präsenzgebot für Apotheken abzuschaffen.

#### **e) Kostenerstattung durch die Sozialversicherung**

---

<sup>905</sup> Innst. St. nr. 197 (2004-2005), Kap. 8; Lange/Granås, Tidsskrift Norske Lægeforening, 2003, S.3248.

<sup>906</sup> Innst. St. nr. 197 (2004-2005), Kap. 9.

<sup>907</sup> EuGH Rs. C-322/01, Slg. 2003, I-14887 (Doc Morris).

<sup>908</sup> Innst. St. nr. 197 (2004-2005), Kap. 10.2.

Die Kostenerstattung für Arzneimittel war ursprünglich im Krankenversicherungsrecht nicht vorgesehen. Abgesehen von dem Fall, dass der Bedarf für Arzneimittel durch einen Arbeitsunfall entstand, bestand grundsätzlich keine Pflicht der Krankenkassen zur Erstattung der Arzneimittelkosten. Nicht ausgeschlossen war jedoch, dass die Patienten bestimmte Arzneimittel (z.B. Impfstoffe) kostenfrei erhalten konnten. Eine Rechtsänderung des *syketrygdloven* im Jahre 1953 zeitigte den zahlreichen politischen Vorstößen der vergangenen vier Jahrzehnte Erfolg. Nunmehr schuldeten die Kassen Ersatz für einen Teilzuschuss für jene „lebenswichtige[n] Arzneimittel“, <sup>909</sup> die in der Positivliste einer Rechtsverordnung <sup>910</sup> abschließend aufgezählt waren. <sup>911</sup> Durch diese Einschränkung erhofften sich *RTV* und Regierung das Ausbleiben einer erheblichen Kostensteigerung, die in den vergangenen Jahrzehnten immer befürchtet worden war und folglich den Hauptgrund für die Nichterstattung dargestellt hatte. Das Krankenversicherungsgesetz von 1956 ließ die Erstattungsregeln im Wesentlichen unverändert. 1960 wurde die Verordnung verändert und die so genannte, in ihren Grundzügen bis heute fortbestehende so genannte *blåreseptordning* eingeführt, deren umgangssprachlicher Name von der Farbe des zu verwendenden Blankettformulars stammt. <sup>912</sup> Danach wurden die Arzneikosten zur Behandlung der aufgelisteten, langwierigen Erkrankungen in vollem Umfang übernommen, ohne dass die Patienten einen Eigenanteil erbringen mussten. Parallel dazu wurde eine Präparatliste erarbeitet, welche die erstattungsfähigen Medikamente entsprechend ihrer Wirkstoffe den einzelnen Krankheiten zuordnete. Eine Grundregel, welche sich bis in die heutige Zeit erhalten hat, ist, dass Kostenerstattung immer nur für das preiswerteste Medikament einer Wirkstoffgruppe verlangt werden kann. Die Einbeziehung des Krankenversicherungsrechts in das *folketrygdloven* im Jahr 1971 ließ die Erstattungsregeln materiell unberührt.

Im Jahre 1981 war auf Grund der mittlerweile stark angestiegenen Ausgaben für Medikamente und daraus folgenden Vermutungen über Verschwendung in der Verschreibungspraxis eine Änderung der Verordnung notwendig geworden. Es wurde erstmals wieder eine Eigenanteilsregelung eingeführt, die im Verlauf der

---

<sup>909</sup> § 13 syketrygdloven 1953.

<sup>910</sup> Die aktuelle Verordnung ist die Forskrift 18.april 1997 nr. 330 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr.

<sup>911</sup> Es handelte sich dabei um Medikamente zur Bekämpfung einer Liste von 35 zumeist chronischen Erkrankungen, für die Erstattung verlangt werden konnte, wenn die Versicherten in stationärer oder fachärztlicher Behandlung waren. Zu den Einzelheiten: NOU 1997:7, Vedlegg 1, 2.3. Im Gegensatz dazu bezeichnet das so genannte *hvitresept* (die weiße Verordnung) ein Privatrezept.

<sup>912</sup> NOU 1997:7, Vedlegg 1, 2.4.

1980er Jahre mehrfachen Änderungen unterlag. 1989 wurde eine Ordnung eingeführt, welche für den Eigenanteil des Patienten die Zahlung eines festen Prozentsatzes des Rezeptbetrages vorsah. Nahezu zeitgleich wurde eine Vorschrift eingefügt, welche die Ärzte zur Verordnung des billigsten Präparates einer Wirkstoffgruppe verpflichtete - freilich ohne dass dies eine Wirkung gehabt hätte.<sup>913</sup> Verschiedene Modifikationen führten 1993 zur Einführung des so genannten Referenzpreisprinzips. Die Volksversicherung erstattete von nun an nur noch einen Anteil der Kosten eines Medikamentes, für welchen ein Referenzpreis festgelegt wurde (105 % des Preises des preiswertesten Medikaments einer Wirkstoffgruppe). Im Jahr 2000 wurde der Referenzpreis durch die Festbetragsregelung ersetzt, womit der staatliche Eingriff in die Preisbildung der Arzneimittel um so handfester wurde, weil er - entgegen der vorherigen Regeln - nicht nur die nach Volksversicherung zu erstattenden Medikamente umfasst, sondern alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel betrifft.<sup>914</sup>

Die *blåreseptordning*<sup>915</sup> besteht bis heute und ist der Kernbestand der versicherungsrechtlichen Erstattungsvorschriften für Arzneimittel. Daneben existiert eine Reihe von besonderen Erstattungsregeln, welche hier nur in Kürze aufgezählt werden können. Für nicht gelistete, seltene chronische Erkrankungen existieren in §§ 2 und 10a der Verordnung Auffangregeln.<sup>916</sup> Der behandelnde Arzt kann gegenüber den Volksversicherungsbehörden die besondere Notwendigkeit der konkreten Verordnung begründen und eine entsprechende Genehmigung beantragen. Zudem enthält das Volksversicherungsgesetz in § 5-22 eine Kann-Bestimmung, nach welcher eine Teilkostenerstattung<sup>917</sup> ausnahmsweise, etwa bei exorbitant hohen Arzneimittelkosten oder besonderen Indikationen, möglich ist und wenn keine andere Rechtsgrundlage für einen Erstattungsanspruch besteht.<sup>918</sup> Bei dieser Beitragsordnung (*bidragsordning*) genannten Sonderordnung<sup>919</sup> handelt es sich um ein Auslaufmodell mit wirtschaftlich geringer Bedeutung. Kritik begegnet ihr aus Gründen der Rechtssicherheit, da die Tatbestandsvoraussetzungen nicht gesetzlich, sondern durch verwaltungsinterne Rechtsetzung der Volksversicherung (*rundskriv*),

---

<sup>913</sup> Brekke/Straume, S. 33.

<sup>914</sup> Vgl. dazu die verbundenen Entscheidungen des EuGH Rs. C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01 (AOK-Bundesverband) = Slg. 2004, I-02493. Die Frage der Unternehmenseigenschaft stellte sich im Falle von Statens Legemiddelverk wohl nicht.

<sup>915</sup> Forskrift 18.april 1997 nr. 330 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr.

<sup>916</sup> Ot. prp. nr. 29 (1998-1999), 5.1.2.4.

<sup>917</sup> Der Kostenerstattungsanteil liegt üblicherweise bei 2/3 der Ausgaben von mehr als 600 NOK/Jahr.

<sup>918</sup> Christensen/Moltu, S. 73 ff.

<sup>919</sup> Zum Ursprung vgl. Ot. prp. nr. 29 (1998-1999), 5.1.4.1.

definiert werden. Es ist darum eine Überführung in die allgemeinen Erstattungsregeln geplant.<sup>920</sup>

Mit Wirkung vom Januar 2005 wurde ein zusätzlicher Anreizmechanismus geschaffen, der die Konkurrenz zwischen den Apotheken anregen und auf diese Weise die Ausgaben für Volksversicherung und Patienten senken helfen sollte. Das so genannte *trinnpris*-System sieht eine gesonderte Art der Preisfestsetzung vor für Arzneimittel, die in Konkurrenz zu Generika stehen. Dabei wird der übliche Preisunterschied ausgenutzt, der entsteht, wenn neben bereits auf dem Markt befindlichen Medikamenten mit Markenbezeichnungen wirkstoffgleiche Nachahmungen auf den Markt treten.<sup>921</sup> Durch die staatliche Arzneimittelbehörde (*Statens legemiddelverk*) wird der Preis des Markenpräparates zum Zeitpunkt der Markteinführung des Generikums ermittelt. Anschließend wird für das Generikum ein Abschlag auf den so ermittelten Preis festgesetzt, der den Originalpräparatepreis um bis zu 70% unterschreiten kann.<sup>922</sup> Der so festgelegte *trinnpris* entspricht zum einen dem maximalen Erstattungsbetrag der Sozialversicherung. Die Wirkung erstreckt sich aber darüber hinaus auch auf solche Medikamente, die nicht erstattungsfähig sind und die vom Arzt durch eine Privatverordnung verschrieben und vom Patienten komplett selbst finanziert werden. *Statens legemiddelverk* listet alle Präparate unbenommen ihrer verschiedenen Markenbezeichnungen anhand der enthaltenen Wirkstoffe in einer Tauschliste (*byttemliste*) auf. Der Patient kann in der Apotheke aus der Vielfalt verschiedener Präparate mit ihren jeweiligen Preisen wählen. Entscheidet er sich für ein Medikament, dessen Preis überhalb des *trinnpris* liegt, so muß er – zusätzlich zum Eigenanteil – die Preisdifferenz selbst tragen. Somit wirkt die Festsetzung als starker Anreiz für eine Entscheidung zugunsten des günstigeren Präparates, wie auch aktuelle Untersuchungen nachweisen.<sup>923</sup>

#### **f) Eigenanteile der Patienten**

Die Patienten müssen für die Versorgung mit Arzneimitteln erhebliche Eigenanteile erbringen. Der Versicherte muss einen Anteil von 36% des Rezeptbetrags, jedoch nicht mehr als 500 NOK (ca. 60 €) pro Verordnung selbst tragen.<sup>924</sup> Kinder und Empfänger der staatlichen Mindestrente sind generell von

---

<sup>920</sup> Innst. S. nr. 197 (2004-2005), 14.1.3.

<sup>921</sup> HOD, Høringsnotat om prising av generiske legemidler, S. 2.

<sup>922</sup> Vgl. § 12-6 legemiddelforskrift. Die Berechnung ist von der Dauer (0/6/12 Monate) des Bestehens der Konkurrenzsituation sowie vom Überschreiten einer Umsatzgrenze (100.000.000 NOK/Jahr) für das Originalpräparat abhängig.

<sup>923</sup> Dalen/Strøm/Haabeth, S. 23.

<sup>924</sup> § 5-3 c) i.V.m. § 7 Nr. 2 *folketrygdloven*. Berechnet wird der Rezeptbetrag nach dem *trinnpris*. Entscheidet sich der Versicherte für ein teureres Medikament, so zerfällt der von

der Zahlungspflicht befreit. Alle anderen Versicherten sind hingegen grundsätzlich nur durch die allgemeine Begrenzung der Eigenanteile (*egenandelstak*) geschützt.<sup>925</sup> Allerdings existieren, abhängig von Diagnose und Therapie bestimmte Ausnahmen, um eine zu starke Belastung von Chronikern zu vermeiden.

### **g) Arzneimittelversorgung in der stationären Versorgung**

Die von den Krankenhäusern gekauften Arzneimittel machen auf dem norwegischen Arzneimittelmarkt einen Marktanteil von ca. 12 % aus. Wegen der Eigentümerstellung des Staates und der daraus folgenden abgestimmten Vorgehensweise verstärkt sich die Nachfragemacht der Einrichtungen gegenüber den Großhändlern. Die öffentlichen Krankenhäuser haben sich in einer Arzneimittelleinkaufsgenossenschaft (*Legemiddelinnkjøpssamarbeidet - LIS*)<sup>926</sup> zusammengeschlossen, welche so erhebliche Rabatte gegenüber den normalen Apotheken-Einstandspreisen verhandeln kann. Es besteht für die Krankenhausapotheken kein Verbot des Betriebs von Patientenfilialen, in welchen Medikamente auch an Patienten verkauft werden können. Die durch die Nachfragemacht der LIS ausgehandelten günstigen Einkaufspreise können somit an die Endverbraucher weitergegeben werden, was den Krankenhausapotheken einen Vorteil gegenüber in der Region ansässigen selbständigen Apotheken verschafft. Hierdurch kann die öffentliche Hand durch öffentliche Krankenhausapotheken<sup>927</sup> die Preisbildung zumindest regional beeinflussen. Auch wenn als Hauptargument für alle Preisregulierung immerfort betont wird, dass landesweit einheitliche Medikamentenpreise sichergestellt werden müssten<sup>928</sup>, ist als zweites wesentliches Ziel die Kostenersparnis erkennbar. Nutznießer günstigerer Preise ist neben den Patienten auch die öffentliche Hand.

## **7. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit**

### **a) Allgemeines**

Die Versorgung Pflegebedürftiger war traditionell und ist bis heute grundsätzlich Aufgabe der Kommunen.<sup>929</sup> Die gesetzlichen Vorschriften finden sich im

---

ihm gezahlte Gesamtpreis in den am trinnpris bemessenen Eigenanteil und in einen weiteren privat aufzubringenden Anteil.

<sup>925</sup> Zu den Eigenanteilsregelungen vgl. S. 141.

<sup>926</sup> <http://www.lisnorway.com/>.

<sup>927</sup> Brekke/Straume, S. 47.

<sup>928</sup> Brekke/Straume, S. 26.

<sup>929</sup> Zur allgemeinen wohlfahrtstaatlichen Bedeutung der Kommunen im Wandel der Zeit vgl. Nagel-Seip, Velferdskommunen.

*kommunehelsetjenesteloven*, im *sosialtjenesteloven* und im *pasientrettighetsloven*.

Daneben kommt auch dem *folketrygdloven* Bedeutung zu.

Aus dem Volksversicherungsrecht erwachsen dem Versicherten Ansprüche auf Geldleistungen, welche dazu bestimmt sind, den Einkommensausfall zu kompensieren. Da Pflegebedürftigkeit regelmäßig mit Krankheit einhergeht, können Versicherte z.B. Krankengeld (*sykepenger*) beanspruchen. Jedoch ist sie typischerweise von einer Dauer, welche die maximale Anspruchsdauer für kurzfristige Einkommensersatzleistungen deutlich überschreitet. Das Pflegerisiko verwirklicht sich zudem verstärkt bei Personen, die nicht mehr erwerbstätig oder aber dauerhaft erwerbsunfähig sind. Die maßgebliche Geldleistung zu deren Absicherung ist nach dem Erreichen des Renteneintrittsalters von 67 Jahren die Altersrente (*alderspensjon*), bis zu dieser Altersgrenze hingegen die Invaliden- bzw. Behindertenrente (*uførepensjon*), die nach den Vorschriften des 12. Kapitels im *folketrygdloven* gewährt wird. Daneben gewinnt ein neuer Leistungstyp zunehmend an Bedeutung. Nach § 12-9 *folketrygdloven* besteht Anspruch auf eine zeitbegrenzte Geldleistung bei Invalidität (*tidsbegrenset uførestønad*), deren Bezugszeitraum regelmäßig zwischen Krankengeld und Invalidenrente angesiedelt ist. Der Gesetzgeber hat 2004 die Vorschläge der *Sandman-Kommission*<sup>930</sup> aufgenommen und die neuartige Leistung eingeführt,<sup>931</sup> um den starken Anstieg der Zahl von Invalidenrentnern zu bremsen. Die zeitliche Begrenzung der Bezugsdauer soll als Stimulanz für die berufliche Rehabilitation dienen. Weitere Geldleistungen gewährt die Sozialversicherung mit der Grundunterstützung (*grunnstønad* - § 6-3 *folketrygdloven*) und der Unterstützungshilfe (*hjelpestønad* - § 6-4 *folketrygdloven*). Beide Leistungen dienen zum Ausgleich des krankheits- oder behinderungsbedingtem Mehrbedarfs an Hilfsmitteln, Transportaufwendungen oder an pflegerischen Leistungen und können nur beansprucht werden, wenn der Pflegebedürftige nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht ist.

## **b) Stationäre Pflege**

Die Kommunen sind sowohl nach dem *kommunehelsetjenesteloven* als auch nach dem *sosialtjenesteloven* verpflichtet, Wohn-, Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen vorzuhalten. Neben dem Eigenbetrieb bedienen sie sich verschiedener Angebote Privater, die sich konzeptionell und organisatorisch unterscheiden.

---

<sup>930</sup> NOU 2000:27

<sup>931</sup> Ot.prp. nr. 102 (2001-2002).

Es kann zwischen betreutem Wohnen (*omsorgsboliger*) und Pflege- bzw. Altersheimen (*sykehjem/aldershjem*) differenziert werden. Das betreute Wohnen soll die Autonomie der dort lebenden Menschen durch pflegerische, therapeutische, hauswirtschaftliche und allgemeine Grund- und Wahldienstleistungen möglichst erhalten. In den übrigen Pflegeeinrichtungen (*sykehjem/aldershjem*) liegt der Schwerpunkt in der Übernahme der Behandlungs- und Körperpflege bei Schwerstpflegebedürftigen<sup>932</sup>, deren Autonomie stark herabgesetzt ist. In der Pflegewissenschaft ist die begriffliche Abgrenzung bereits in der Theorie unscharf. Obwohl die Übergänge fließend sind, akzentuiert der Begriff „Pflegeheim“ Behandlungs- und Körperpflege gegenüber dem „Altenheim“ als Wohnstätte.

Ursache für die begriffliche Unterscheidung war die unterschiedliche Aufgabenverteilung, die bis in das Jahr 1988 bestand. Danach waren die *fylkeskommunen* für den Betrieb der „Krankenheime“ (*sykehjem*) zuständig, deren Rechtsgrundlage das Krankenhausgesetz von 1969 (*sykehusloven*) war. In der Nachkriegszeit waren zahlreiche *sykehjemmer* errichtet worden, sie sollten vor allem den Bedarf an preiswerter Behandlung für chronisch Kranke und krankheitsbedingt Pflegebedürftige befriedigen und so die Akutkrankenhäuser entlasten,<sup>933</sup> bzw. im Anschluß an die kurative Behandlung die Voraussetzungen für den Übergang zu einer häuslichen Versorgung schaffen.<sup>934</sup>

Die „Krankenheime“ sollten also ursprünglich vor allem die geriatrische Rehabilitation übernehmen, waren mithin Teil der speziellen Versorgung und wurden daher von den *fylkern* betrieben. Die Kommunen waren hingegen für den Betrieb der Altenheime und das betreute Wohnen zuständig, was sich aus den Bestimmungen des *sosialtjenesteloven* ergab.

Mit der Kommunalisierung in den 1980er Jahren wurde den Kommunen auch die Verantwortung für den Betrieb der Pflegeheime übertragen.<sup>935</sup> Obwohl nach wie vor für zwei verschiedene Rechtsgrundlagen für die Einrichtungen bestehen,<sup>936</sup> entfiel damit der wesentliche Unterscheidungsgrund.

Auch in der Praxis kann zwischen beiden Betreuungsangeboten gerade im Hinblick auf den individuellen Bedarf der Bewohner und die in der Realität

---

<sup>932</sup> Wild, S. 218.

<sup>933</sup> Schiøtz, Bind 2, S. 321.

<sup>934</sup> Seip, A.-L. (1994), S. 353.

<sup>935</sup> Die Überführung der Verantwortung für den Betrieb der Pflegeheime war bei der Reform der Primärversorgung bereits geplant, sollte wegen des stark angewachsenen Aufgabenkreises nicht zugleich, sondern einige Jahre später geschehen. Die Zuständigkeit für die psychiatrischen Anstalten verblieb jedoch bei den *fylkeskommunen*. Näher dazu Ot. prp. nr. 48 (1985-86) und Romøren, S. 158 f.

<sup>936</sup> NLK-khtjl-Olsen, Anm. 22.

angebotenen Leistungen schwerlich differenziert werden.<sup>937</sup> Zudem gewähren viele Kommunen dem betreuten Wohnen gegenüber stationären Einrichtungen praktischen Vorrang, indem sie das Betreuungsangebot ihrer Wohneinrichtungen auch um Pflegeleistungen ergänzen.<sup>938</sup>

Bewohner von Pflege- und Altenheimen erhalten trotz ihrer Stellung als Volksversicherte weder Kostenerstattungen für die Behandlungspflege noch für die Unterbringung und Verpflegung („Hotelkosten“). Dies folgt aus dem eingeschränkten Pflichtenkatalog der Volksversicherung, welche nur bei tatsächlich entstehenden Ausgaben des Versicherten eintritt.<sup>939</sup> Nach § 5-1 *folketrygdloven* sind Erstattungsleistungen ausgeschlossen, falls kostenlose Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften beansprucht werden können. Die maßgeblichen Rechtsvorschriften im Hinblick auf die Behandlungspflege finden sich in § 1-3 Nr. 4 *kommunehelsetjenesteloven*. Allerdings umfasst der Begriff der Behandlungspflege alle Leistungen bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit. Die von den Kommunen geschuldeten Aufgaben von Pflege und Betreuung (*pleie og omsorg*)<sup>940</sup> umfassen demnach alle krankheitsbedingten Pflegeleistungen. Abzugrenzen sind diese Aufgaben hingegen von den allgemeinen Betreuungsleistungen ohne gesundheitsspezifischen Charakter wie z.B. dem Angebot eines behindertengerechten Wohnumfeldes innerhalb der Einrichtung. Auch hier ist die Kommune Leistungsschuldner, die relevanten Vorschriften sind aber solche des Sozialhilferechts.<sup>941</sup> Der kommunalen Sozialhilfe kommt bei der Versorgung der Pflegebedürftigen deshalb eine entscheidende Rolle zu.<sup>942</sup>

Die Betriebskosten der stationären Pflegeeinrichtungen müssen wesentlich aus kommunalen Mitteln und Eigenanteilen der Bewohner bestritten werden, wobei nur ein geringer Anteil aus den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen gedeckt werden kann.

Die Eigenanteile berechnen sich nach den Vorschriften des *kommunehelsetjenesteloven* wie folgt: Von dem um einen Freibetrag von 6.000 NOK verminderten Jahresnettoeinkommen des Pflegebedürftigen sind gem. § 2-3 S. 2 *kommunehelsetjenesteloven* 75% der Einkünfte an die Einrichtung abzuführen. Überschreitet das nach der geschilderten Methode berechnete Einkommen den Grundbetrag (*grunnbeløp* = G) der Sozialversicherung, d. h.

---

<sup>937</sup> Hellandsvik/Nygård, S. 69, Wild, S. 236.

<sup>938</sup> Gustavsen, Juristkontakt 2003, S. 38.

<sup>939</sup> Kjønstad-folketrygdloven, § 5-1 Anmerkung 4.

<sup>940</sup> § 1-3 Nr. 4 *kommunehelsetjenesteloven*.

<sup>941</sup> § 4-2 a. und d. *sosialtjenesteloven*.

<sup>942</sup> Bernt/Overå/Hove-Bernt, S. 580 ff.



derzeit ca. 51.000 NOK, sind von diesem Einkommensanteil 85% abzuführen.<sup>943</sup>

Den Bewohnern einer Pflegeeinrichtung verbleibt zwar nur ein geringer Teil ihrer Einkünfte zur freien Verfügung (Taschengeld). Jedoch wird das Vermögen bei der Berechnung des Eigenanteils nicht einbezogen,<sup>944</sup> der Pflegebedürftige ist folglich nicht gehalten, für die Heimkosten sein Privatvermögen zu verwerten.

### c) Häusliche Pflege

Ein staatliches Engagement in der stationären Pflege kann in Norwegen auf keine lange Tradition zurückblicken, war doch die Versorgung der Pflegebedürftigen zunächst Aufgabe der Familien. In der häuslichen Pflege waren zudem traditionell karitative Organisationen, Wohlfahrtsverbände und die Kirchen an der Bewältigung der Aufgaben beteiligt. Deren Bedeutung ging jedoch in der Nachkriegszeit zurück<sup>945</sup> und ihre Rolle wurde zum großen Teil von staatlichen Einrichtungen übernommen.

Die in ihrer häuslichen Umgebung zu versorgenden Pflegebedürftigen erhalten von der Volksversicherung *folketrygd* Geldleistungen, welche den Bewohnern stationärer Einrichtungen verwehrt sind, darunter vor allem die so genannte Grund- oder Hilfsunterstützung (*grunnstønad* oder *hjelpstønad*). Daneben schuldet die Kommune auch Sachleistungen für die Pflege.<sup>946</sup> Da die gesetzliche Formulierung kaum auf den Umfang dieser Leistungspflicht schließen ließ, blieb dieser lange umstritten und führte zu einem der wenigen, für das Recht der sozialen Sicherheit aber um so bedeutenderen Fall vor dem *Høyesterett*.

#### aa) Fusa-Urteil

Im „Fusa“-Urteil<sup>947</sup> ging es um die Frage, welche Leistungen die Kommune einer schwer pflegebedürftigen Person erbringen muss. Der Klägerin wurden beantragte Pflegesachleistungen sowie Geldleistungen durch die Kommune *Fusa* zum Teil versagt. Streitig war vor allem die Frage, ob die Vorschriften im *kommunehelsetjenesteloven* und im *sosialtjenesteloven* dem Bedürftigen einen einklagbaren Anspruch vermitteln oder ob es sich dabei lediglich um Reflexwirkungen kommunaler Rechtspflichten handele. Die Kommune vertrat den Standpunkt, die Vorschrift vermittle keinen individuell einklagbaren Anspruch. Die Verwaltungsentscheidung sei folglich nach den allgemeinen

---

<sup>943</sup> Die Berechnung ist näher geregelt durch Forskrift av 26. april 1995 nr. 392 om vederlag for opphold i institusjon.

<sup>944</sup> Gustavsen, Juristkontakt 2003, S. 37.

<sup>945</sup> Zur Stellung freiwilliger Organisationen im norwegischen Wohlfahrtsstaat vgl. Selle, *Voluntas* 1993, S. 1 ff.

<sup>946</sup> § 4-2 a und d *sosialtjenesteloven*.

<sup>947</sup> Rt. 1990, S. 874.

Ermessensregeln zu treffen.<sup>948</sup> Zu den legitimen Ermessenserwägungen zähle auch die Beachtung der Finanzlage der Kommunen. Durch eine die Bedürftigen begünstigende Auslegung der betreffenden Bestimmung dürfe der kommunale Haushalt nicht gefährdet werden.<sup>949</sup> Die Kommune meinte, dass die Klägerin ja in eine *fylkeskommunale* Pflegeeinrichtung<sup>950</sup> ziehen und dort die notwendigen Pflege- und Betreuungsleistungen erhalten könne. Dies geschah freilich in der kaum verdeckten Absicht, die finanzielle Verantwortung an die Provinzen abzugeben. Dies hätte jedoch zugleich einen erheblichen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Klägerin bedeutet, welches sich auch im Recht zum Leben im eigenen Wohnumfeld äußert. In der Eingangsinstanz gewann die Klägerin den Prozess vor dem *Midhordaland herredsrett*, wogegen das Berufungsgericht der Kommune *Fusa* rechtgab. Die Klägerin griff diese Entscheidung vor dem *Høyesterett* an. Dieses machte zunächst deutlich, dass grundsätzlich auch kommunale Ermessensentscheidungen voll richterlich überprüfbar sind. Die betreffenden materiellen Vorschriften begründeten sehr wohl individuelle Ansprüche, welche im konkreten Fall durch die Kommune offenbar nicht befriedigt werden konnten. Die Nichterfüllung eines Mindeststandards bei der Versorgung Pflegebedürftiger konnte nach Auffassung des Gerichts nicht durch die kommunale Finanzlage gerechtfertigt werden.<sup>951</sup> Das *Høyesteretts*-Urteil verhalf den Patientenrechten zu einer deutlich stärkeren Stellung.

## **bb) Leistungen für Pflegende**

Die Kommunen sind gegenüber Angehörigen, die „besonders schwere Betreuungsaufgaben wahrnehmen“, zur Zahlung eines „Pflegelohnes“ (*omsorgslønn*) nach dem *sosialtjenesteloven* verpflichtet.<sup>952</sup> Aus der inhaltsgleichen Vorgängervorschrift<sup>953</sup> ergab sich nicht, ob der kommunalen Verpflichtung ein individueller Anspruch gegenüber stand. In der Folge bedurfte es auch hier einer grundsätzlichen Klarstellung durch das *Høyesterett*. In der Rechtssache *Tolga*<sup>954</sup> hatte das Gericht über den Anspruch auf Zahlung von „Pflegelohn“ zu entscheiden, welchen die beklagte Kommune Tolga mit Verweis

<sup>948</sup> Kjønstad, Fusa-Dommen, S. 12.

<sup>949</sup> Ebenda.

<sup>950</sup> Gemeint ist damit ein *sykehjem*, d.h. eine stationäre Dauerpflegeeinrichtung, die zur Zeit des Gerichtsverfahrens von den *fylkeskommunen* vorzuhalten waren.

<sup>951</sup> Kritisch dazu: Boe, Lov&Rett 1991, S. 335f.

<sup>952</sup> § 4-2 e *sosialtjenesteloven* sind. Näher dazu Sozial- og Helsedepartement, Rundskriv I-42/98 (Retningslinjer om omsorgslønn).

<sup>953</sup> § 2-1 Abs. 1 *kommunehelsetjenesteloven* a.F.

<sup>954</sup> Rt. 1997, S.877.

auf die schwache Haushaltslage verneint hatte. Abermals stärkten die höchsten Richter die Rechte der Pflegebedürftigen, in dem sie den Pflegenden einen höheren *omsorgslønn* zusprachen. Der Gesetzgeber überführte die entsprechende Vorschrift später in das *sosialtjenesteloven* und formulierte den Anspruch der Pflegepersonen schwächer aus, als dies zuvor nach der alten Rechtslage der Fall war, was Kritik seitens der Literatur hervorrief.<sup>955</sup> Unklar ist demnach vor allem, wie das *Høyesterett* nach heutiger Rechtslage entscheiden würde.<sup>956</sup>

Eine weitere, ganz ähnliche Leistung für den Fall der Übernahme der Pflege durch Angehörige ist der Pflegezuschlag (*pleietillegg*), welcher durch die Kommune ersatzweise gezahlt wird, falls die Versorgung mit den nötigen Pflegesachleistungen nicht möglich ist. Schließlich vermittelt auch das Volksversicherungsrecht Geldleistungen für den Fall, in welchem eine Person durch die Pflege von Familienangehörigen an der Teilnahme am Erwerbsleben gehindert war und dies im Anschluss auch bleibt (*ytelser til tidligere familiepleiere*).<sup>957</sup> Zeiträume der Pflege werden zudem generell rentenrechtlich berücksichtigt und gelten als Versicherungszeiten.<sup>958</sup>

### cc) Eigenanteile

Für die Gewährung von ambulanter Pflege konnten die Kommunen ursprünglich keinen Anteil vom Pflegebedürftigen verlangen.<sup>959</sup> Wegen der stark gestiegenen Kosten für die ambulante Pflege und um die systemwidrige Ausnahme von der allgemeinen Pflicht zur Zuzahlung zu beseitigen, wurde § 2-3 *kommunehelsetjenesteloven* mittlerweile abgeändert.<sup>960</sup> Seitdem sind die Kommunen aufgrund eines durch Verordnung berechtigt,<sup>961</sup> innerhalb eines gesetzten Rahmens Eigenanteile (*vederlag*) durch Verwaltungsakt festzusetzen. Dies gilt aber weder für die Behandlungspflege,<sup>962</sup> noch die typischen Pflegeleistungen nach § 4-2 a *sosialtjenesteloven*<sup>963</sup>, womit sich die Belastung der Pflegebedürftigen auf ein erträgliches Maß reduziert.

Benötigt ein Pflegebedürftiger häusliche Hilfe (*hjemmehjelp*) - etwa zur Wohnungsreinigung, zum Einkauf oder für den Winterdienst - erhält er diese. Er

---

<sup>955</sup> Ot. prp. nr. 29 (1990-1991).

<sup>956</sup> Kjønsstad/Syse, S. 182.

<sup>957</sup> §§ 16-1 ff. folketrygdloven.

<sup>958</sup> § 3-5 c und § 3-16 folketrygdloven und Forskrift av 11. mars 1997 nr 204 om godskriving av pensjonspoeng (omsorgspoeng) for omsorgsarbeid for en syk, en funksjonshemmet eller en eldre person.

<sup>959</sup> § 8-2 Nr. 1. Forskrift av 04. desember 1992 nr. 91 til lov om sosiale tjenester.

<sup>960</sup> Ot. prp. nr. 24 (1990-1991).

<sup>961</sup> Forskrift av 04. desember 1992 nr. 915 til lov om sosiale tjenester.

<sup>962</sup> § 8-2 Nr. 1 und 2 Forskrift.

<sup>963</sup> Kjønsstad/Syse, S. 180.

muss aber einen Eigenanteil leisten, dessen Höhe von der Kommune bestimmt wird.<sup>964</sup> Hilfebedürftige, deren Grundeinkommen den zweifachen Grundbetrag der Volksversicherung (*grunnbeløp*; z. Zt.ca. 14.500 €) unterschreitet, zahlen nicht mehr als 150 NOK (ca. 18 €) pro Monat, bei Überschreiten dieser Einkommensgrenze greift ein Staffelmodell.<sup>965</sup>

## **8. Rechtsfolgen fehlerhafter medizinischer Behandlung**

### **a) Öffentlich-rechtliche Patienten-Schadensersatzung**

#### **aa) Entwicklung**

Ausgehend von dem traditionellen Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung als vertragliche Beziehung beruhte die Haftung für ärztliches Fehlverhalten auf Privatrecht. Als eines der ersten Länder wandte sich Schweden 1975 der traditionell vertrags-/deliktsrechtlichen Sanktionierung ärztlichen Fehlverhaltens ab.<sup>966</sup> Den Patienten oder Hinterbliebenen wurde ein neuer Weg eröffnet, um ihre Ersatzansprüche ohne Prozess- oder Insolvenzrisiko zu befriedigen. Die Schäden wurden durch die öffentliche Sozialversicherung (*socialförsäkringen*) getragen. Gegen sie wurde im Falle der Pflichtverletzung ein Erstattungsanspruch begründet. Dieser neue Weg wurde auch in Finnland und Dänemark<sup>967</sup> beschritten und führte dort zur Verabschiedung von Patienten-Schadensversicherungsgesetzen.<sup>968</sup> Dieser Weg war gangbar, weil die Deliktsrechtsordnungen der nordischen Staaten<sup>969</sup> schon seit langem eng mit dem Versicherungsrecht verzahnt waren. Es war deshalb möglich, die Schadenshaftung für Behandlungsfehler aus dem Deliktsrecht in öffentlich-rechtliche Erstattungsordnungen zu überführen.<sup>970</sup>

In Norwegen galt bis in die 1980er Jahre eine Vielzahl von Vorschriften, die allesamt die Haftung für Fehlverhalten medizinischen Personals betrafen.<sup>971</sup> Die zahlreichen Einzelregelungen waren fragmentiert und daher unübersichtlich.<sup>972</sup> Die fehlerhafte ärztliche Behandlung etwa ist seit mehr als 100 Jahren

---

<sup>964</sup> Kristiansen, SNF-Rapport 15/03, S. 8.

<sup>965</sup> St. Meld. 25 (2005-2006), S. 114.

<sup>966</sup> Brunsvig, JV S. 321, Jørstad, TtE 2004, S.138; Fasterling, VersRAI, 1997, S. 45ff. Eine deutschsprachige Darstellung über die Neuerung im schwedischen Recht liefert die Dissertation von Radau.

<sup>967</sup> Zum dänischen Patientenversicherungsgesetz vgl. Stein-Poulsen, VersRAI 1995, S.19ff.

<sup>968</sup> Köhler, ZIAS 1994, S. 175 ff. und Foyn/Lund/Viken-Foyn, S. 187 ff.

<sup>969</sup> Zu den Gemeinsamkeiten der nordischen Deliktsrechtsordnungen, jedoch mit Schwerpunkt auf dem dänischen und schwedischen Recht vgl.: von Bar, § 3. Daneben grundlegend zur Entwicklung des Haftungsrechts und des Versicherungsrechts im nordischen Rechtskreis Jørgensen, Versicherungsrecht - Aufsätze 1970, S. 193 ff.

<sup>970</sup> Köhler/v. Maydell, S. 208.

<sup>971</sup> Eine gute Übersicht findet sich in: Rognlien, S. 59 ff.

<sup>972</sup> NOU-1992:6: Erstatning ved pasientskader, 2.1.

strafbewehrt, sofern auf Grund ungeeigneter<sup>973</sup> Behandlung eine Gefahr für Leben oder Gesundheit entsteht.<sup>974</sup> Weitere Straftatbestände bestehen für medizinisches Personal in Fällen „vorsätzlicher oder grober Unachtsamkeit“.<sup>975</sup> Zusätzlich konnte eine Pflichtverletzung berufsrechtliche Folgen mit sich bringen.<sup>976</sup> Weiter bestanden bei erlittenen Körperschäden allgemeine sozialversicherungsrechtliche Ansprüche (z.B. Krankengeld und Rehabilitationsgeld). Bei bestimmten Impfschäden bestanden verschuldensunabhängige öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche.<sup>977</sup> In seltenen Ausnahmefällen konnte ein Geschädigter auf Gewährung einer allgemeinen öffentlich-rechtlichen Billigkeitsentschädigung hoffen, ein Rechtsanspruch bestand hier aber nicht.<sup>978</sup>

Die Geschädigten konnten zivilrechtliche Ansprüche aus Vertrag oder Delikt geltend machen. Eine verschuldensunabhängige Deliktshaftung haben die Gerichte aber nur in Einzelfällen begründet.<sup>979</sup> Im Regelfall misslang es dem Geschädigten jedoch, das Verschulden des Anspruchsgegners zu beweisen.<sup>980</sup> Wegen dieser ungünstigen Beweisregeln lieferte das Zivilrecht also einen praktisch unzureichenden Schutz,<sup>981</sup> was sich in einer geringen Erfolgsquote von erfolgreichen Prozessen äußerte.<sup>982</sup>

In den 1980er Jahren wurde die Einführung einer Ordnung diskutiert, welche den Patienten Entschädigungsansprüche bei Behandlungsschäden vermitteln sollte. Angedacht wurden sowohl eine privatrechtliche Lösung im Wege einer Haftpflichtversicherung für stationäre Behandlungseinrichtungen,<sup>983</sup> als auch eine öffentlich-rechtliche Ausgestaltung durch einen Entschädigungsfonds. Obwohl die

---

<sup>973</sup> In Frage kommen jedoch nur völlig ungeeignete Behandlungsmaßnahmen, vgl. Rt. 1968 s. 959.

<sup>974</sup> § 157 Nr. 2 straffeloven.

<sup>975</sup> §§ 67 i. V. m. 4 helsepersonellloven. Wegen der genaueren Formulierung im helsepersonellloven wurde kürzlich die Streichung der allgemeinen strafrechtlichen Vorschrift vorgeschlagen. Vgl. NOU 2002: 4 kap. 10.2.

<sup>976</sup> Vgl. § 53 legeloven 13 juni 1980 nr. 42, kvakksalverloven 19. juni 1936 nr. 9. Zur heutigen Rechtslage, insbesondere zu den Anforderungen von § 56 helsepersonellloven, vgl. Molven, Tidskrift Lægeforening 2006, S. 800 f.

<sup>977</sup> Vgl. § 8-2 smittevernloven a.F.

<sup>978</sup> Foyn/Lund/Viken-Foyn, S. 175 f., Allgemein zum System der Billigkeitsentschädigung: St.meld. nr. 44 (2003-2004), S. 87 ff.

<sup>979</sup> Høyesterett, Rt. 1992, S. 64 (P-Pille I).

<sup>980</sup> Eine hervorragende Übersicht über das norwegische Delikts- und Schadensersatzrecht in deutscher Sprache findet sich bei Lødrup/Hagstrøm, S. 3 ff. Die Sonderleistung norwegischer Gerichte für die Begründung einer verschuldensunabhängigen Haftung jenseits der culpa-Regel betonend: Andresen, RabelsZ 1962/63, S. 245ff.

<sup>981</sup> Die allgemeine Beweislastregel entspricht der im deutschen Recht, wonach derjenige beweispflichtig ist, der sich auf einen für ihn günstigen Umstand beruft. Dies galt und gilt in Norwegen bis heute auch im Arzthaftungsprozeß, vgl. Foyn/Lund/Viken-Foyn, S. 175.

<sup>982</sup> Kjønstad, Festschrift-Andenæas, S. 592 spricht vom Ärzte-Klan, der zusammen steht und in gerichtlichen Gutachten den Kollegen die Treue hält. Reiersen, TtE 2004, S.124, zählt bis 1987 27 Prozesse, wovon die Kläger lediglich in sechs Verfahren obsiegten.

<sup>983</sup> Brunsvig, JV 1983, S. 318 ff.

Details umstritten blieben, bestand Einigkeit über das Ziel: Dem Geschädigten bzw. seinen Hinterbliebenen sollte die Bürde der Beweislast des gewöhnlichen Schadensersatzprozesses genommen werden.<sup>984</sup> 1987 wurde probeweise eine Patientenschutzordnung erlassen.<sup>985</sup> Sie umfasste anfangs nur solche Gesundheits- und Körperschäden, die die Patienten bei einer Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern<sup>986</sup> erlitten hatten. Schäden in Folge von Behandlungen innerhalb der allgemeinmedizinischen Versorgung oder durch andere private Leistungserbringer berechtigten hingegen nicht zu einem Erstattungsanspruch. Es blieb mithin bei einer Zweigliedrigkeit der Haftung.<sup>987</sup> Die Probeordnung basierte auf dem Vorschlag eines Rahmenvertrages zwischen den *fylkeskommunen* und dem Staat, durch welchen die „Norwegische Patienten-Schadenserstattung“ (*Norsk Pasientsskadeerstatning* – *NPE*) begründet wurde.<sup>988</sup> Die individuelle Schadensersatzpflicht der öffentlichen Krankenhäuser wurde damit faktisch durch einen kollektiven öffentlich-rechtlichen Ausgleichsfond ersetzt, welcher die Patientenansprüche befriedigte. Die Kosten hierfür wurden durch staatliche und *fylkeskommunale* Zahlungen erbracht und durch eine besondere Abteilung einer privaten Versicherungsgesellschaft, der *Kommunal Landspensjonskasse (KLP-forsikring)*, verwaltet. Der ursprünglich vorgesehene Umfang der Erstattung wurde 1992 auf solche Schadensfälle ausgedehnt, die Folgen einer Behandlung in der Primärversorgung oder in psychiatrischen Krankenhäusern waren.<sup>989</sup>

Im Jahre 1998 legte die Regierung einen Gesetzesentwurf vor, der im Jahre 2001 als Patienten-Schadensgesetz (*pasientskadeloven*)<sup>990</sup> erlassen wurde. Wegen auftretender Schwierigkeiten bei der Einbindung Privater trat das Gesetz im Januar 2003 zunächst ausschließlich für den öffentlichen Teil des Gesundheitswesens<sup>991</sup> in Kraft. Seitdem ist die *NPE* verantwortlich für die Erstattung der durch Behandlungsfehler erlittenen Schäden in den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Gewährung öffentlich-rechtlicher Erstattung wird durch Ausgleichszahlungen von den Trägern der Einrichtungen des Gesundheitswesens Staat, *fylkern* und Kommunen finanziert.

---

<sup>984</sup> Bergsåker, L&R 2005, S.537.

<sup>985</sup> Forskrift av 01. januar 1988 nr 4458 om regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for somatiske sykehus/poliklinikker. Vgl. dazu Bull, L&R 1989, S. 243ff.

<sup>986</sup> Ausnahmsweise galten die Regeln der Ordnung auch für Privatkliniken, sofern die Patienten in jene von öffentlichen Einrichtungen aus dorthin überwiesen wurden.

<sup>987</sup> Nøkleby, TtE 2004, S. 154.

<sup>988</sup> Reiersen, TtE 2004, S. 124.

<sup>989</sup> Rognlien, S. 104, Røsæg in Festschrift Lødrup, S. 550.

<sup>990</sup> Lov 15. jun 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader.

<sup>991</sup> Lov av 12. des. 2002 nr. 102 om endring i Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader.

## bb) Voraussetzungen und Durchsetzung der Ansprüche

Bei Schäden aufgrund physischer wie psychischer Verletzungen in Folge der Behandlung in einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens besteht gegen die *NPE* ein öffentlich-rechtlicher Anspruch. Der Begriff der Behandlung umfasst ausdrücklich<sup>992</sup> auch von privaten Leistungserbringern erbrachte medizinische Leistungen, sofern zwischen letzteren und dem öffentlichen Versorgungsträger eine Vertragsbeziehung besteht. Ausgenommen hiervon sind Schäden aufgrund zahnärztlicher Behandlung, was sich aus der nahezu ausschließlich privatrechtlich ausgestalteten Beziehung zwischen Arzt und Patienten ergibt.

Für einen Schadensersatzanspruch muß keine schuldhaft Verletzung ärztlicher Pflichten, sondern lediglich der objektive Ursachenzusammenhang einer fehlerhaften Handlung und der Eintritt des Schadens nachgewiesen werden.<sup>993</sup> Zu den Behandlungsfehlern gehört auch die mangelhafte Aufklärung des Patienten, welche selbst bei isoliert betrachtet fehlerfreier Behandlung zu Schäden führt.<sup>994</sup>

Die *NPE* entscheidet über den Anspruch durch Verwaltungsakt, in dem zugleich die Erstattungssumme festgelegt wird. Die individuelle Schadensberechnung erfolgt nach der im Zivilrecht üblichen Methode konkreter Schadensberechnung.<sup>995</sup> Die Entscheidung kann verwaltungsintern durch Widerspruch (*forvaltningsklage*) vor dem *pasientskadenemnda* (*PSN*) überprüft werden. Die Entscheidung des *PSN* kann im Anschluss von der im Verwaltungsverfahren unterliegenden Seite im Klagewege vor den ordentlichen Gerichten überprüft werden.<sup>996</sup> Bei dem *pasientskadenemnda* handelt es sich um ein unabhängiges Kontrollorgan der Verwaltung.<sup>997</sup> Diesem Spruchkörper kommt eine erhebliche Bedeutung zu, welche in der Praxis diejenige der allgemeinen Gerichte deutlich übersteigt. Die Zusammenarbeit von Juristen und Medizinern im *pasientskadenemnda* stellt den fachlichen Sachverstand sicher.

Nicht unumstritten ist, wie weit seine Entscheidungen durch die ordentlichen Gerichte überprüft werden können. Von Seiten des *PSN* wurde unlängst deutlich eine Begrenzung des gerichtlichen Prüfungsumfanges gefordert. In einer

---

<sup>992</sup> Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda.

<sup>993</sup> NLK-pasientskadeloven-Rasmussen, Note 6.

<sup>994</sup> Aasen, Festschrift Nygaard, S. 229.

<sup>995</sup> § 4 Abs. 1 pasientskadeloven.

<sup>996</sup> Seiersen, TtE 2004, S. 134, kritisiert zu Recht den merkwürdig anmutenden Wechsel der „Parteien“. Im Widerspruchsverfahren vor der *PSN* ist die *NPE* Gegner des Antrags. Bestätigt die *PSN* aber die Entscheidung der *NPE*, so muß der Patient nunmehr die *PSN*, m.a.W. die einstige Widerspruchsbehörde verklagen.

<sup>997</sup> § 1 Forskrift av 20. desember 2002 nr.1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda; Reiersen, TtE 2004, S. 133.

*Høyesterett*-Entscheidung zum Arzthaftungsrecht führte das *PSN* aus, die Gerichte sollten „zurückhaltend mit der Überprüfung von [*PSN*] Entscheidungen sein, da dieses große Expertise und Erfahrung besitzt.“<sup>998</sup> Diese Ansicht findet aber weder Stütze im Gesetz noch wird sie von den Gerichten geteilt. Das *Høyesterett* wies zwar auf den bestehenden Einfluss der Entscheidung des Kontrollorgans auf die rechtliche Bewertung der Gerichte hin, lehnte aber die Beschränkung der eigenen Prüfungskompetenz ab.

### **cc) Einbeziehung privater Leistungserbringer**

Seit Jahresbeginn 2003 ist die *NPE* als eigenständiges öffentlich-rechtliches Rechtssubjekt ausgestaltet. Da das Gesetz z.B. die Vertragsbeziehungen niedergelassener Allgemeinmediziner mit Kommunen und *fylkern* als ausreichend für deren Zuordnung zum öffentlichen Gesundheitswesen erachtete, war von Beginn der größte Teil privatwirtschaftlich tätiger Leistungserbringer in die Erstattungsordnung einbezogen. Dennoch sollte auch für die wenigen vertragsfreien Anbieter (z.B. Zahnärzte) eine Möglichkeit zur Teilnahme an der *NPE* gefunden werden, um zu Gunsten der Patienten ein einheitliches System zu schaffen. Nach den Plänen des Gesundheitsministeriums sollte das *pasientskadeloven* Anfang 2004 auch für diese privaten Anbieter in Kraft treten. Dieses Vorhaben scheiterte jedoch an einem konstruktiven Fehler im Gesetz.

Das *pasientskadeloven* sah bis zu einer weiteren Änderung im Jahr 2003 die *NPE* als ausschließlichen Anspruchsgegner der Patienten vor. Durch Verordnung des Gesundheitsministeriums<sup>999</sup> wurde bestimmt, daß alle Leistungsanbieter „außerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens“ eine private Haftpflichtversicherung zeichnen sollen, um die Teilnahme am *NPE*-System zu ermöglichen.<sup>1000</sup> Die *NPE* erhielt nach der gesetzgeberischen Konzeption aber auch das „Untersuchungsmonopol“. Entsprechend bestimmte § 10 *pasientskadeloven* in der Fassung von 2001, dass alle Ansprüche gegen die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens und den privaten Leistungserbringern ausschließlich gegenüber der *NPE* geltend zu machen waren. Sie sollte auch die Entscheidungen über solche Ansprüche treffen, welche sich gegen die privaten Haftpflichtversicherungen richteten, was zu Kritik in der

---

<sup>998</sup> HR-2006-01750-A, Tz. 17.

<sup>999</sup> Forskrift av 21. november 2003 nr. 1365 om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.

<sup>1000</sup> Eine generelle Pflicht zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung statuiert § 20 *helsepersonellloven*.



juristischen Literatur führte.<sup>1001</sup> Neben den praktischen Problemen wurde kritisiert, dass die Regelung dogmatisch kaum zu begründen war.<sup>1002</sup> Die Fremdbestimmung einer Behörde über Bestehen bzw. Nichtbestehen einer Haftung und deren Umfang erschien der Versicherungswirtschaft als wenig attraktiv.<sup>1003</sup> Man protestierte energisch gegen den Vorschlag<sup>1004</sup> und bot die gewünschten Haftpflichtversicherungen nicht an.<sup>1005</sup> Die entsprechende Vorschrift wurde in der Folge abgeändert.<sup>1006</sup>

Dem von einem privaten Dienstleister Geschädigten steht es indessen frei, sich mit seinem Erstattungsbegehren an dessen Haftpflichtversicherung oder aber die *NPE* zu wenden.<sup>1007</sup> Richtet der Geschädigte seinen Anspruch gegen die - unzuständige - *NPE*, so leitet diese das Begehren an die zuständige Haftpflichtversicherung weiter. Diese trifft dem „Verwaltungsakt entsprechende Entscheidungen“<sup>1008</sup>. Im Gegensatz zum Verfahren bei der *NPE* ist Grundlage der Entscheidungen der Haftpflichtversicherung nicht das Verwaltungsrecht. Sie bestimmt sich vielmehr nach den Versicherungsvertragsbedingungen und den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (*forsikringsavtaleloven*).<sup>1009</sup>

Sowohl der Verwaltungsakt der *NPE* und die Entscheidung des Privatversicherers können vom Geschädigten im Verfahren vor dem *pasientskadenemnda* - *PSN* überprüft werden. Das *PSN* entscheidet über den Widerspruch des Patienten ausschließlich nach den Regelungen des Verwaltungsrechts. Das Grundproblem dieser Konstruktion, d.h. die Ersetzung einer vom Versicherungsprivatrecht bestimmten Entscheidung durch eine Verwaltungsentscheidung wurde durch die Rechtsänderung nicht gelöst,<sup>1010</sup> sondern in das Widerspruchsverfahren verschoben. Damit besteht dieser Kritikpunkt der Versicherungswirtschaft fort. Ein weiterer Mangel liegt in der im Gesetz nicht vorgesehenen Haftungsobergrenze, wie sie von der Versicherungswirtschaft gefordert wird. Zudem erweist sich die dürftige Gewinnaussicht als problematisch: Die Versicherer weisen darauf hin, dass die Anzahl der nicht von der öffentlich-rechtlichen Ordnung umfassten Leistungserbringer so gering ist, dass deren

---

<sup>1001</sup> Rosæg, Festskrift Lødrup, S. 550, der den Aspekt des staatlichen Eingriffs in die versicherungsvertragliche Freiheit kaum erwähnt und stattdessen mit den praktischen Nachteilen für den Patienten argumentiert.

<sup>1002</sup> Røsæg, Festskrift Lødrup, S. 550.

<sup>1003</sup> Ot. prp. nr. 74 (2002-2003), S. 11.

<sup>1004</sup> Zum Streit im Einzelnen Nøkleby, TfE 2004, S.156.

<sup>1005</sup> Pressemitteilung des Gesundheitsministeriums vom 03.12.2003, abrufbar unter: <http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/bondevikII/hod/presse/042071-070197/dok-bn.html>.

<sup>1006</sup> Lov om endringer i lov av 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader.

<sup>1007</sup> § 9 pasientskadeloven.

<sup>1008</sup> § 14 pasientskadeloven.

<sup>1009</sup> Ot. prp. nr. 74 (2002-2003), S. 14.

<sup>1010</sup> NLK-pasientskadeloven-Rasmussen, note 27.

Versicherung kaum lohnenswert erscheine. Da die gesetzgeberische Lösung nach wie vor unbefriedigend ist, sind die Regelungen für die Leistungserbringer außerhalb des öffentlich-rechtlichen Gesundheitswesens nach wie vor nicht in Kraft.<sup>1011</sup>

## **b) Volksversicherungsrechtliche und privatrechtliche Ansprüche**

Dem geschädigten Patienten stehen wegen erlittener Verletzungen an Körper und Gesundheit regelmäßig Volksversicherungsleistungen als Sach- und Geldleistungen zu, ohne dass es auf ein Verschulden des Schädigers ankommt.<sup>1012</sup>

In Frage kommen vor allem Krankengeld (*folketrygdloven* - Kapitel 8), Rehabilitationsleistungen (*folketrygdloven* - Kapitel 10 und 11) sowie Erwerbsunfähigkeitsrenten (*folketrygdloven* - Kapitel 12). Das Sozialversicherungsrecht vermittelt hingegen keinen Anspruch auf die Erstattung des immateriellen Schadens.

Nach den allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften des Schadensersatzgesetzes (*skadeerstatningsloven*)<sup>1013</sup> ist der Schädiger zum Ersatz der Personenschäden verpflichtet, welche er dem Geschädigten schuldhaft zugefügt hat. Im Gegensatz zu den volksversicherungs- und erstattungsrechtlichen Regelungen muss der Schädiger vorsätzlich oder zumindest fahrlässig gehandelt haben. Die Schadensersatzpflicht umfasst die Kompensation bereits erlittener und zukünftig zu erwartender materieller Vermögensschäden (*erstatning*).<sup>1014</sup> Resultiert die Verletzung in einem schweren Körperschaden, kann der Geschädigte zudem einen Ausgleich für den Erwerbs- und Fortkommensschaden – die so genannte *menerstatning* – in Geld verlangen (§ 3-2 *skadeserstatningsloven*).<sup>1015</sup> Schließlich besteht Anspruch auf Schmerzensgeld (*oppreisning*)<sup>1016</sup> nach gerichtlichem Ermessen gem. § 3-5 *skadeserstatningsloven*, wenn die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz beruht.<sup>1017</sup>

Neben einer Haftung des Schädigers für eigenes Verschulden kommt ein Anspruch des geschädigten Patienten gegen den Arbeitgeber des Schädigers in

---

<sup>1011</sup> Nøkleby, TtE 2004, S. 155.

<sup>1012</sup> Kjønstad in Festschrift Smith, S. 502.

<sup>1013</sup> Das Lov om skadeerstatning vom 13. juni 1969 nr. 26 normierte das Schadensersatzrecht erstmals. Bis dahin bestanden keine gesetzlich festgelegten Haftungsregeln, sondern lediglich Gewohnheits- bzw. Richterrecht. Vgl. Andresen, RabelsZ, S.250.

<sup>1014</sup> § 3-1 *skadeserstatningsloven*.

<sup>1015</sup> Es handelt sich dabei um eine Anleihe aus dem Berufskrankheiten-Recht, welche in der norwegischen Rechtsordnung systematisch dem immateriellen Schaden zugeordnet ist und dem Erwerbs- und Fortkommensschaden des § 842 BGB ähnelt. Vgl. dazu Kjønstad-Erstatningsrett, S. 75; NLK-skl-Nygaard, Anm. 118 m.w. Nachweisen sowie die Legaldefinition in Forskrift av 21. april 1997 nr. 373 om menerstatning ved yrkesskade.

<sup>1016</sup> Zum Institut der *oppreisning* vgl. Lødrup, TtE 2006, S. 211 ff.

<sup>1017</sup> Zur Abgrenzung von materiellem und immateriellen Schaden vgl. Stavang, TtE 2006, S. 163 ff.

Betracht.<sup>1018</sup> Danach ist der Arbeitgeber für die Schäden verantwortlich, die der Arbeitnehmer im Rahmen seiner üblichen Tätigkeit verursacht. Somit ist z. B. ein Anspruch des verletzten Patienten gegen den Krankenhausträger der Einrichtung denkbar, in welcher er durch fehlerhafte Behandlung geschädigt wurde. Bei dieser Arbeitgeberhaftung handelt es sich um einen Tatbestand der Gefährdungshaftung, bei der es nicht auf das Verschulden des Arbeitgebers ankommt, sondern bei dem ihm das Betriebsrisiko für die schuldhafte Verletzungshandlung eines Angestellten objektiv aufgebürdet wird.<sup>1019</sup> Die Arbeitgeberhaftung hat gegenüber der zuvor beschriebenen Verschuldenshaftung des Schädigers eine erhöhte praktische Bedeutung.<sup>1020</sup> Der geschädigte Patient muß ein Verschulden des Einrichtungsträgers nicht beweisen, wohl aber, dass der Schaden durch fahrlässiges oder vorsätzliches Handeln des Angestellten eintrat.

Für alle zivilrechtlichen Anspruchsgrundlagen gilt der Grundsatz, dass der geschädigte Patient den Beweis für das ärztliche Fehlverhalten führen muß und dass Beweisfähigkeit zu seinen Lasten geht.<sup>1021</sup> Weil der Beweis nur durch Gutachten von Sachverständigen, d.h. regelmäßig von Berufskollegen der Schädiger erbracht werden kann,<sup>1022</sup> sind im Hinblick auf ihren praktischen Erfolg die zivilrechtlichen Haftungsklagen der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen gegenüber der *NPE* unterlegen.<sup>1023</sup>

Obwohl die privatrechtlichen Ansprüche mit den volksversicherungsrechtlichen Ansprüchen rechtlich konkurrieren, ergibt sich aus § 3-1 Abs. 3 *skadeserstatningsloven* für die Praxis ein Nachrang der allgemeinen Schadensersatzansprüche gegenüber sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen. So sind bei der konkreten Schadensberechnung die Nettobeträge der erhaltenen Sozialleistungen<sup>1024</sup> und die ersparten Steuern von der Schadenssumme abzuziehen. Der Nachrang der zivilrechtlichen Schadensersatzhaftung (§ 3-8 *skadeserstatningsloven*) gestattet einen Regress der *folketrygd* gegen den Schädiger nur, soweit die Verletzung vorsätzlich erfolgte. Das führt zur praktischen Bedeutungslosigkeit der Regressvorschrift.<sup>1025</sup>

### c) Zivilrechtliche neben öffentlich-rechtlichen Erstattungsansprüchen

---

<sup>1018</sup> § 2-1 *skadeserstatningsloven*.

<sup>1019</sup> St. meld. nr. 44 (2003-2004), S. 79.

<sup>1020</sup> St. meld. nr. 44 (2003-2004), S. 78, Foyn/Lund/Viken-Foyn, S. 173.

<sup>1021</sup> Brunsvig, JV 1983, S. 317.

<sup>1022</sup> Foyn/Lund/Viken-Foyn, S. 184.

<sup>1023</sup> Vgl. Kjønstad-Festskrift Andenæs, S. 592.

<sup>1024</sup> Entgegen dem Wortlaut erfolgt die Anrechnung nicht nur bei Sozialversicherungsleistungen, sondern auch anderen Sozialleistungen wie Leistungen nach dem sosialtjenesteloven. Vgl. NLK-skl-Nygaard, Anm. 110.

<sup>1025</sup> Selmer, JV, 1974, S. 166; Kjønstad in Festskrift Smith, S. 502.

Die öffentliche Erstattungsordnung *NPE* macht für den Patienten im Regelfall die Inanspruchnahme der zivilrechtlichen Schadensersatzansprüche gegenüber einem Leistungserbringer des öffentlichen Gesundheitswesens überflüssig.

Es steht den Geschädigten indes rechtlich grundsätzlich frei, solche zivilrechtlichen Ansprüche neben Erstattungsansprüchen gegen die *NPE* geltend zu machen.<sup>1026</sup> Das kommt in Betracht, wenn die Schadensposition im öffentlichen Erstattungsrecht kein Äquivalent hat. Insbesondere ist dies relevant für die Geltendmachung von Schmerzensgeld und zur Abgeltung des Erwerbs- und Fortkommensschadens. Die Gerichte haben in neueren Entscheidungen neben den durch *NPE* bzw. *PSN* festgesetzten Erstattungssummen Ansprüchen auf Erstattung weiterer Kosten stattgegeben. Dies betraf etwa Fälle von Geburtsschäden, in denen sich die von der *NPE* festgesetzte Summe später als zu niedrig erwies, weil später zusätzlicher Betreuungs- und Pflegebedarf entstand<sup>1027</sup> oder vermutet werden konnte<sup>1028</sup>.

Eine Klage nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regeln gegen den Schädiger oder dessen Haftpflichtversicherung kann auch aus weiteren Gründen günstiger sein. Dort können sich die Parteien regelmäßig gütlich durch Vergleich einigen und sind nicht durch den geringen Spielraum der Verwaltungsentscheidung eingeengt. Hinzu kommt, dass das mündliche Verfahren vor den ordentlichen Gerichten Vorteile gegenüber dem formalisierten, ausschließlich schriftliche Verwaltungsverfahren mit sich bringen kann.

#### **d) Bewertung**

Ungeachtet der konstruktiven Schwächen bei der Einbeziehung der privaten Leistungserbringer scheint sich das öffentliche Erstattungssystem in der Praxis zu bewähren. Im Jahr 2005 behandelte die *NPE* insgesamt 2.366 Anträge, wovon ca. ein Drittel zu Gunsten der Geschädigten beschieden wurde. Die stattgegebenen Ansprüche beruhen vor allem auf direkten Behandlungsfehlern (56%), falschen bzw. verspäteten Diagnosen (23%), Infektionen (17%).<sup>1029</sup>

Der Vorteil des öffentlich-rechtlichen Erstattungssystems ist die Linderung der Beweisnot der Patienten. Im Vergleich mit anderen Rechtsordnungen, in denen Schadensersatzforderungen und Schmerzensgeld nur zivilrechtlich beigeschrieben werden können, käme der norwegischen Ordnung eine gute Stellung zu. Ob der Ersatz individueller zivilrechtlicher Schadensersatzansprüche durch öffentliche

---

<sup>1026</sup> § 4 III S. 2 pasientskadeloven.

<sup>1027</sup> Høyesterett Rt. 1993, S. 1547 (Skoland); Rt. 1996, S. 958 (Stokstad); Rt. 1999, S. 1967 (Rott), Rt. 2002, S. 1436 (Bråtane).

<sup>1028</sup> Frostating lagmannsrett Dom 30.05.2007, LF 2007-4689.

<sup>1029</sup> Informationen aus: *NPE - årsmelding 2005*, S. 24.

Erstattung generell anderen Systemen überlegen ist, ist zweifelhaft. Einen konstruktiven Nachteil birgt die unvollständige Regressnahme der *NPE* gegenüber dem einzelnen Schädiger. Darstellungen zur ökonomischen Analyse des Rechts legen die Annahme nahe, dass die Verhütung von Schadensereignissen mehr ist als das „in vielen Fällen erwünschte[s] Nebenprodukt der Schadensersatzpflicht“<sup>1030</sup>. Verschiedene empirische Untersuchungen<sup>1031</sup> zeigen, dass mit der Ersetzung des allgemeinen Haftungsrechts durch öffentlich-rechtliche Versicherungsordnungen und fehlende Regressordnungen zugleich der Anreiz zur Schadensvermeidung vermindert wird.<sup>1032</sup>

## **IX. Stellung privater Leistungsanbieter**

*„Der zweite Sektor - der kommerzielle - hat bis in die jüngste Zeit keinen Nährboden für Wurzeln bereitet, aus dem unser Gesundheitswesen hätte Kraft ziehen können.“*<sup>1033</sup>

Auch die *Stortings*-Meldung Nr. 50 von 1993-1994 brachte deutlich zum Ausdruck: „Um einen gerechten und gleichheitlichen Zugang zu den Gesundheitsdiensten aufrechterhalten zu können, muß der Hauptteil der Gesundheits- und Betreuungsleistungen weiterhin durch die Gesellschaft finanziert werden.“ Ein begrenztes Angebot kommerzieller, privater Gesundheitsdienstleistungen soll demnach auch in Zukunft dem überwiegend öffentlich organisierten und finanzierten Gesundheitswesen lediglich als Ergänzung dienen.<sup>1034</sup>

Damit ist deutlich zum Ausdruck gebracht, dass das Parlament und wohl noch weniger die absolute Bevölkerungsmehrheit an der Grundkonzeption eines öffentlichen und solidarischen Gesundheitswesens zweifeln. Naturgemäß lässt die starke Position des Wohlfahrtsstaates auf dem Gesundheitsmarkt nur minimalen Raum für private Leistungsanbieter. Jedoch begann in den 1990er Jahren eine Entwicklung von Modellen, in denen vormals vom Staat erbrachte Aufgaben privaten Anbietern überantwortet wurden. Obwohl Norwegen dabei im Vergleich

---

<sup>1030</sup> Larenz, S. 423.

<sup>1031</sup> So etwa auf die Abschaffung der privaten KfZ-Haftpflichtversicherungen und eine Ersetzung durch ein öffentliches Versicherungswesen in Quebec, die den Zusammenhang zwischen der Schadenshaftung und dem Anreiz zur Schadensvermeidung belegt. Aus ökonomischer Sicht war der Wechsel zur verschuldensunabhängigen Haftpflichtversicherung nicht gerechtfertigt, vgl. Devlin, S. 202.

<sup>1032</sup> Schäfer/Ott, S. 127 ff.

<sup>1033</sup> Mellbye, S. 95.

<sup>1034</sup> St. meld. nr. 50 (1993-94).

zu den meisten europäischen Staaten eine Nachzüglerrolle zukommt,<sup>1035</sup> so ist doch das Vordringen der privaten Anbieter durch zahlreiche Beispiele belegt. Wie bereits dargestellt, ist die kommunale Primärversorgung ohne privat praktizierende Allgemeinmediziner nicht zu denken. In der speziellen Versorgung findet sich eine Anzahl von privaten Einrichtungen, welche mit den zuständigen Provinzverwaltungen in Vertragsbeziehung stehen. Deutlich geringer ist hingegen der Marktanteil der Unternehmen, bei welchen sich Norweger gegen das Risiko der Krankheit versichern können. Indes gibt es Produkte, die Nischen im überwiegend staatlichen Gesundheitswesen ausfüllen.

## **1. Wirtschaftliche Bedeutung privater Versicherungen**

Die Anknüpfung der gesetzlichen Mitgliedschaft in der Volksversicherung an die Wohnsitznahme in Norwegen nimmt den Bürgern die Alternative der Substitution des öffentlich-rechtlichen durch privaten Krankenversicherungsschutz. Private Krankenversicherungen können allenfalls nach dem Modell einer so genannten On-top-Versicherung fungieren, mit anderen Worten von den Versicherten zusätzlich zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Volksversicherung abgeschlossen werden. Seit der Mitte der 1990er Jahre hat eine überschaubare Anzahl von Versicherungsunternehmen private Krankenversicherungen in ihr Portfolio aufgenommen: Sie konnten aber bislang nur wenige Menschen zum Abschluss solcher Verträge bewegen. Kurz vor dem Eintritt in das neue Jahrtausend lag die Versichertenzahl gemessen an der Einwohnerzahl Norwegens unter einem Prozent.<sup>1036</sup> In allerjüngster Zeit bestätigen die Anbieter einen erheblichen Anstieg der Vertragsabschlüsse für private Krankenversicherungen. Die norwegische Tagespresse geht mittlerweile von bis zu 100.000 Norwegern aus, die zusätzlichen privaten Versicherungsschutz genießen.<sup>1037</sup>

## **2. Unternehmen**

Bisher gilt der Markt privater Krankenversicherungen als unter drei großen Anbietern aufgeteilt. Die *Storebrand Helse AS*<sup>1038</sup> erhielt die Zulassung durch das Finanzministerium und die norwegische Kreditaufsicht im September 1998.<sup>1039</sup> Die Aktiengesellschaft ist das Produkt der seit 1995 währenden Zusammenarbeit zwischen dem Branchenführer des Versicherungsmarktes *Storebrand* und der

---

<sup>1035</sup> Skaset, S. 25.

<sup>1036</sup> Skaset, S. 15.

<sup>1037</sup> Dagbladet vom 02. Januar 2004, S. 12.

<sup>1038</sup> <http://www.storebrandhelse.no>.

<sup>1039</sup> St. meld. nr. 11 (1999-2000), 3.2.

*Deutsche Krankenversicherung (DKV)*<sup>1040</sup>. Im Wettbewerb mit *Storebrand Helse* stehen Versicherer wie die *Nordisk Helse Assistanse (NHA)*<sup>1041</sup>, *Skandia*,<sup>1042</sup> *Vesta*<sup>1043</sup> sowie eine Vielzahl kleinerer Versicherer. Alle Versicherungsgesellschaften sind privatrechtlich, in der Regel in Form von Aktiengesellschaften organisiert. Maßgebliche Gesetzesvorschriften für ihre Tätigkeit, über welche Norwegens Kreditaufsicht (*Kredittilsynet*)<sup>1044</sup> wacht, finden sich im Versicherungsvertragsgesetz (*forsikringsavtaleloven*<sup>1045</sup>).

### 3. Versicherungsmodelle und -produkte

Es wird eine Anzahl von Produkten angeboten, welche erkennen lassen, dass der Markt genau auf die Schwächen und Defekte des staatlichen Gesundheitssystems reagiert. Ähnlich sind sich die Produkte vor allem darin, dass sie den Schutz des staatlichen Gesundheitssystems nicht vollständig ersetzen. Es werden überwiegend Modelle angeboten, die dem Charakter einer Teilkaskoversicherung entsprechen. So sehen die Versicherungen keine Leistungen für die Fälle vor, in denen akutmedizinische Behandlungen erforderlich sind. Hier bleibt es bei der ausschließlichen Zuständigkeit des öffentlich-rechtlichen Gesundheitswesens. Der Grund dafür ist wohl darin zu erkennen, dass den Notfallpatienten aus verständlichen Gründen unter allen anderen die höchste Priorität zukommt und folglich Wartezeiten nicht vorkommen. Die Privatversicherer haben für sich vielmehr als Markt die Erkrankungen ausgewählt, in denen Operationen oder entsprechende medizinische Behandlungen nicht dringend erforderlich sind und bei denen die Patienten ohne Privatversicherung auf den Wartelisten nur langsam nach oben wandern. Die meisten der Versicherungen sichern dem Patienten darum den Beginn der Behandlung binnen eines Zeitraums (je nach Vertrag zwischen 14-28 Tagen) zu. Auf diese Weise kann - etwa mittels orthopädischen oder chirurgischen Eingriffen - der krankheitsbedingte Ausfall der Patienten stark vermindert werden, müsste dieser doch alternativ womöglich monatelang auf einen Termin für eine Operation warten.

Die Versicherungsunternehmen sichern sich für die den Patienten gegenüber garantierten Behandlungen Kapazitäten bei privaten Kliniken oder niedergelassenen Spezialisten durch privatrechtliche Verträge. *Storebrand Helse AS* arbeitet mit etwa 50 privaten Krankenhäusern in Norwegen, Schweden, aber

---

<sup>1040</sup> <http://www.dkf.com>.

<sup>1041</sup> <http://www.nha.no>.

<sup>1042</sup> <http://skandia.no>.

<sup>1043</sup> <http://www.vesta.no/bedrift/ansatte/helseforsikring/index.html>.

<sup>1044</sup> <http://www.kredittilsynet.no>.

<sup>1045</sup> Lov av 16. juni 1989 nr. 69 om om forsikringsavtaler.

auch in Großbritannien und in Deutschland<sup>1046</sup> zusammen. Je nach Diagnose werden die Patienten in die bestgeeigneten Krankenhäuser überwiesen und dort behandelt. Zu den von der Versicherung geschuldeten Leistungen gehört neben den Behandlungskosten auch die Erstattung der Reisekosten.

Während der Anteil von Einzelpersonen unter den Versicherungsnehmern nach wie vor bei wenigen Tausend stagniert, hat sich in den vergangenen Jahren die Versicherung durch den Arbeitgeber zu einem sehr erfolgreichen Geschäftsmodell entwickelt. Zahlreiche Unternehmen zeichnen für einen Teil ihrer Angestellten oder gar die gesamte Belegschaft private Krankenversicherungen, welche hohe Krankenstände vermeiden helfen und zudem auf dem von einem Mangel an qualifizierten Arbeitskräften geprägten norwegischen Arbeitsmarkt als Anreiz für Bewerber gelten. Der überdurchschnittlich starke Anstieg bei diesem Versicherungsmodell in der jüngsten Zeit erklärt sich zum Teil durch die Gesetzesänderung im Jahre 2003,<sup>1047</sup> nach der die Aufwendungen für die Krankenversicherung seiner Angestellten den Arbeitgeber zum Steuerabzug berechtigten und ihn von Sozialversicherungsabgaben befreiten.<sup>1048</sup> Die entsprechende Vorschrift wurde zwischenzeitlich wieder aufgehoben,<sup>1049</sup> da die Nachfolgeregierung (*Stoltenberg*) sie als unvereinbar mit steuerrechtlichen Grundsätzen und dem Gleichheitsgrundsatz ansah. Danach sei jedweder einem Arbeitnehmer zufließende geldwerte Vorteil einkommensteuer- und beitragspflichtig.<sup>1050</sup> Durch die Regelung wurde nach Ansicht der Regierung der Umverteilungsmechanismus des Steuersystems „geschwächt und ausgehöhlt“ und folglich wieder entfernt.<sup>1051</sup>

#### **4. Preise und Vertragsbedingungen**

Die Preise der Versicherungen bemessen sich am individuellen Risiko und am gewünschten Leistungsumfang. Durch bestimmte Zusatzzahlungen kann etwa das Recht auf Behandlung bei bestimmten Erkrankungen erkauft werden, bei den „Premium“-Vertragsmodellen ist der Therapiefreiheit der behandelnden Ärzte

---

<sup>1046</sup> Zum Beispiel die Sana Kliniken München-Sendling und München-Solln, die Sana Herzchirurgische Klinik Stuttgart und das Katharinen-Hospital Stuttgart.

<sup>1047</sup> Vgl. Ot.prp. nr. 1 (2002-2003), 4.3.3. Es handelte sich um einen Vorschlag der Regierung Bondevik (Høyre).

<sup>1048</sup> § 22-3 folketrygdloven a.F. Hingegen blieb es vorerst bei der Steuerpflicht auf Arbeitnehmerseite. Die Kosten für Krankenversicherungen sind dem privaten Sektor zuzuordnen und werden als steuerpflichtiger Vorteil erachtet. Vgl. Finansdepartementets prinsipputtalelser og fortolkninger vom 12.03.1999.

<sup>1049</sup> Forskrift av 14. desember 2005.

<sup>1050</sup> Ot. prp. nr. 26 (2005-06), S. 14.

<sup>1051</sup> St.prp.1 Tillegg nr. 1 (2005-2006) Om endring av St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet 2006, punkt 2.36. Siehe auch die Antwort der Finanzministerin auf die Anfrage des Stortings-Finanzausschusses.



kaum Grenzen gesetzt und reicht von der Physiotherapie bis hin zur Organtransplantation.

Ein einfacher Operationsvertrag für Kinder bis zu 14 Jahren ist bereits ab ca. 90 € pro Jahr zu erhalten, soll auch die Behandlung von Krebserkrankungen umfasst sein, so erhöht sich die jährliche Prämie auf 95 €. Für alte Menschen liegen die Preise entsprechend deutlich höher (ca. 1000 pro Jahr), für Raucher gelten Sonderzuschläge von 25%.<sup>1052</sup> Manche Versicherungsgesellschaften setzen ein Höchsteintrittsalter der Interessenten fest, bei anderen verschließt sich der Zugang zum Vertrag faktisch durch den Preis. Will sich ein über 70 Jahre alter Raucher bei *Storebrand Helse* gegen alle denkbaren Krankheitsrisiken versichern, müsste er oder sie dafür zur Zeit etwa 2.500 € im Jahr aufwenden.

## **5. Private Krankenversicherung und der wohlfahrtsstaatliche Gedanke**

Die Versicherungsunternehmen und ihre angebotenen Produkte rangieren in der öffentlichen Wahrnehmung zwischen Verdammung und Glorie. Die Presse berichtet regelmäßig über die wirtschaftlichen Erfolge der Versicherungen, das hervorragende Leistungsangebot und die günstigen (Einstiegs-)Preise. Die Arbeitgeber, welche eine Versicherung für ihre Angestellten gezeichnet haben, loben die Versicherungen, da der Krankenstand durch die rasche Behandlung der Mitarbeiter spürbar gesenkt werden kann.

Bislang genießen vor allem Jüngere mit hohem Einkommen den privaten Versicherungsschutz. Für die älteren, chronisch Kranken ist der Zugang zur Versicherung nur erschwert möglich<sup>1053</sup> bzw. gar faktisch ausgeschlossen. Ebenso ist die Zahl der Versicherungsnehmer in den dünnbesiedelten Regionen im hohen Norden gering.

Es erstaunt nicht, dass die Versicherungsgesellschaften auf die gewollte Knappheit oder die Defekte im staatlichen System reagieren. Sie „übernehmen da, wo das öffentliche Gesundheitswesen endet“<sup>1054</sup>. Erstaunlich ist vielmehr, wie sowohl die Politik als auch die breite Öffentlichkeit dem Erfolg der Versicherungen begegnen.

Ablehnende Stimmen gegen den Boom der Privatversicherungen kommen vor allem aus den Reihen der chronisch Kranken.<sup>1055</sup> Auch die großen Gewerkschaften und die politische Linke lehnen diese Entwicklung ab,<sup>1056</sup> da sie mit den wohlfahrtsstaatlichen Idealen von Gleichheit und Solidarität kaum zu

---

<sup>1052</sup> Alle Preise nach aktuellen Vertragsunterlagen von Storebrand Helse AS.

<sup>1053</sup> Skaset, S. 38.

<sup>1054</sup> PR-Chef Helge Lund von der NHA in trygd og arbeid, Nr. 3 1996, S. 11.

<sup>1055</sup> Exemplarisch Pasientombud Thorleif G. Bruland, trygd og arbeid, Nr. 3 1996, S. 12.

<sup>1056</sup> Landsorganisasjonen i Norge (LO), Samfunnsnotat nr. 16/2002, S. 11.

vereinen seien. Vor allem wird kritisiert, dass sich die Versicherten zum Nachteil der Nichtversicherten aus den Wartelisten freikaufen könnten. Zudem trügen die privaten Anbieter nicht dazu bei, auf dem Gesundheitsmarkt zusätzliche Kapazitäten zu schaffen. Expertise und Arbeitszeit der Fachkräfte würden vielmehr durch die - finanziell oftmals attraktivere - privatwirtschaftliche Betätigung dem öffentlichen Gesundheitswesen entzogen.

Doch wächst die Zahl der Befürworter: Er reicht von der Stortings-Fraktion der Liberalen (FrP), welche für ihre Abgeordneten einen Gruppentarif abschloß, über einzelne Gewerkschaften,<sup>1057</sup> bis hin zum ehemaligen Gesundheitsminister *Høybraten*, der die Privatversicherung zunächst ablehnte, später hingegen ihre Bedeutung für die Verkürzung der Wartelisten lobte.<sup>1058</sup>

Einen vorläufigen Höhepunkt erreichte die Debatte um die Rolle der Privatversicherer, als sich die Kommune *Eidskog* nahe der schwedischen Grenze im Jahr 2000 dazu entschloß, eine Gruppenversicherung mit Behandlungsgarantie für alle ihre Einwohner bei der *Nordisk Helse Assistanse AS* abzuschließen. Das von Versicherer und Kommune eigens erarbeitete Produkt (*Kommune vertikal*) führte dazu, dass der Krankenstand in der Gemeinde binnen weniger Monate um 30% sank. Wenig verwunderlich scheint es da, dass der Versicherer den Erfolg dieses Modells als richtungsweisend ansieht: „Die Politiker haben Handlungskraft bewiesen und ein Modell für die zukünftige Kommune Norwegens ins Leben gerufen.“<sup>1059</sup> *Nordisk Helse Assistanse* und ihre Vertragspartner unter den Leistungserbringern gelingt es offenbar, Mängel im Allokationsmechanismus zu umgehen: Die Vermittlung der wartenden Patienten zu den freien Kapazitäten im Gesundheitswesen gelingt augenscheinlich besser als im öffentlichen Gesundheitswesen. So berichtet der Bürgermeister des Ortes von einem Beispiel, dessen Vorstellung fast zur Erheiterung führt:

*„2001 schickten wir einen ganzen Bus voller Patienten mit grauem Star zur Behandlung zum Krankenhaus von Elverum, weil dort Kapazitäten frei waren. Die Katarakt-Operation benötigt lediglich 10 Minuten; so wurden alle am gleichen Tag operiert.“*<sup>1060</sup>

Voller Stolz wird weiter berichtet, dass durch die Behandlungsgarantie für alle 493 Einwohner der Kommune insgesamt „157 Jahre Warteschlange

---

<sup>1057</sup> Nach dem Bericht von Aftenposten Aften vom 13.09.2006 hat die Norwegische Gewerkschaft für Kabinenangestellte (NKF) ebenfalls eine Gruppenversicherung für ihre Mitglieder abgeschlossen.

<sup>1058</sup> In Dagens Næringsliv 26.11.1998, zit. nach Skaset, S.32.

<sup>1059</sup> So die Formulierung in einer Werbebroschüre des Anbieters, verfügbar im Internet: <http://www.npa.no/upl/ACFDF0.pdf>.

<sup>1060</sup> So der Bürgermeister Ivar Skulstad in: Aftenposten vom 03.07.2003.

umgangen“<sup>1061</sup> werden konnten. Zudem: Die Kommune *Eidskog* sei keine besonders reiche Gemeinde, man könne darum das dort eingeführte Modell auf alle norwegischen Kommunen übertragen.<sup>1062</sup>

Dieser Gedanke ähnelt im Ergebnis einem Vorschlag, der jüngst durch die Presse ging. Gefordert wurde ein Versicherungsobligatorium für die gesamte Bevölkerung, um die teuersten Behandlungsleistungen zu finanzieren. Vergleichsweise preiswert – nur 9 € pro Monat – könnte diese private Zusatzversicherung die Kosten der Hochleistungsmedizin decken, so die kühne Berechnung.<sup>1063</sup>

Die Idee, dass man die öffentliche Volksversicherung wegen ihrer Defekte um ein Volksversicherungsobligatorium ergänzen sollte, lebt von der grundsätzlichen Skepsis gegenüber staatlicher Handlungsfähigkeit und der Überzeugung, dass heute die Privatwirtschaft zur Lösung ehemals gesamtgesellschaftlich bewältigter Aufgaben besser geeignet ist.

Wenn sich solche Vorschläge durchsetzen, so bedeutet dies viel für die bestehende Wohlfahrtsstaatsordnung. Ein gesetzlicher Zwang zum Abschluß einer privaten Krankenzusatzversicherung könnte sich aus sozialpolitischen Gründen kaum an den herkömmlichen Modellen der privaten Versicherungswirtschaft orientieren, da individuelle Risikobewertung und Prämienberechnung schwerlich mit den Postulaten von Gleichheitlichkeit und Solidarität vereinbar sind. Ob die privaten Versicherer tatsächlich bereit sind, den größtmöglich denkbaren Gruppentarif einer „Zusatz-Volksversicherung“ anzubieten, bleibt fraglich. Ebenso kann bezweifelt werden, ob das Modell der Kommune *Eidskog* tatsächlich auf andere Kommunen oder gar das gesamte Land übertragbar ist. Denn die unterschiedlichen demographischen, sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen für die Kommunen haben im bestehenden System Auswirkungen auf die jeweilige Gesundheitsversorgung und auch den Gesundheitszustand ihrer Einwohner.

## **X. Rechtsschutz**

### **1. Allgemeines**

Im Gegensatz zu vielen zentraleuropäischen Ländern, aber auch zu Finnland und Schweden, gibt es in Norwegen keine eigenständige Verwaltungsgerichtsbarkeit. Die Streitentscheidung obliegt in verwaltungsrechtlichen Streitfragen verschiedenen Institutionen, welche sich im Hinblick auf ihren Charakter und die

---

<sup>1061</sup> Ebenda.

<sup>1062</sup> Ebenda.

<sup>1063</sup> So der Strategie-Direktor des Rikshospitalet/Radiumhospitalet Stein Vaaler am 02.08.2006 in der Zeitung „Dagbladet“, S. 10.

Wirkung ihrer Urteile bzw. Beschlüsse stark unterscheiden. Eine Einteilung ist danach möglich, ob bei der Überprüfung außergerichtliche oder aber gerichtliche Kontrolle ausgeübt wird. Wegen der Vielgestaltigkeit der einzelnen Widerspruchsstellen und Beschwerdeausschüsse können an dieser Stelle nur die Institutionen dargestellt werden, die für das Gesundheitswesen besondere Bedeutung entfalten.

## **2. Außergerichtliche Kontrollinstanzen**

### **a) Allgemeines verwaltungsrechtliches Widerspruchsverfahren**

Ein wesentliches Element des Rechtsschutzes gegen Entscheidungen der Verwaltung ist das allgemeine Widerspruchsverfahren.

Gemäß § 28 *forvaltningsloven* sind Verwaltungsakte mit dem Widerspruch (*forvaltningsklage*) angreifbar.<sup>1064</sup> Die Überprüfung nimmt das jeweils übergeordnete Verwaltungsorgan vor. Zwar können alle Widerspruchsentscheidungen anschließend gerichtlich überprüft werden. In der Praxis geschieht dies jedoch selten, wodurch der Entscheidung der Widerspruchsbehörde in der Regel ein endgültiger Charakter zukommt.<sup>1065</sup> Die Überprüfung durch die *forvaltningsklage* setzt gemäß § 3 *forvaltningsloven* grundsätzlich voraus, dass die angegriffene Handlung ein Verwaltungsakt i.S.d. § 2 *forvaltningsloven* ist. Neben dieser Generalklausel beeinhaltet die einzelnen Gesetze, welche für das Sozial- und Gesundheitswesen von Bedeutung sind, vielfach Anwendungsbefehle für die allgemeinen Vorschriften des Widerspruchsverfahrens im VI. Kapitel des *forvaltningsloven*.

Für das Gesundheitswesen hat das Widerspruchsverfahren nach §§ 28 ff. *forvaltningsloven* vor allem Bedeutung, sofern eine Leistung der Sozialhilfe nach dem *sosialtjenesteloven* streitig ist. Die *forvaltningsklage* ist auch das entscheidende Rechtsschutzinstrument gegen Entscheidungen der kommunalen Sozialverwaltung.<sup>1066</sup> So handelt es sich bei der Entscheidung über die Zuteilung eines Platzes in einer Pflegeeinrichtung um einen Verwaltungsakt, der mit dem verwaltungsinternen Widerspruchsverfahren angegriffen werden kann.<sup>1067</sup> Widerspruchsbehörde ist in den Fällen einer solchen Verwaltungsentscheidung

---

<sup>1064</sup> Die Terminologie weicht insoweit von der deutschen ab, als dass die „klage“ hier nicht bei einem unabhängigen Gericht erhoben wird. Forvaltningskomiteets innstilling, S. 241 unterstreicht die Wichtigkeit der begrifflichen Trennung: Danach sollte im Verwaltungsverfahren konsequent der Begriff „klage“ benutzt werden und der Begriff „anke“ der Gerichtsbarkeit verbleiben.

<sup>1065</sup> Graver, Allminnelig forvaltningsrett, S. 422. Das gleiche gilt für das dänische Recht: Christensen, Forvaltningsret, S. 12 m.w.N.

<sup>1066</sup> Zum Rechtsschutz im Sozialhilferecht, Syse, JV 1997, S. 57 ff.

<sup>1067</sup> NLK-stjl-Kjellevoid, Anm. 162.

regelmäßig der *fylkesmann*.<sup>1068</sup> Die Entscheidung kann – und dies muss als wesentlicher Unterschied zum allgemeinen Verwaltungsrecht gesehen werden – vom *fylkesmann* zwar in rechtlicher Hinsicht voll überprüft werden. Hingegen ist ihm eine Prüfung der Ermessensausübung der Ausgangsbehörde untersagt. Lediglich in den wenigen Fällen, in denen die Ermessensausübung zu einem „offenbar unbilligen“<sup>1069</sup> Ergebnis führt, kann er die Ausgangsentscheidung ändern.

## **b) Rechtsschutz gegen versagte Behandlung**

Der Rechtsschutz gegen gewünschte, aber versagte Behandlung hat – soweit ersichtlich – kaum praktische Bedeutung. In der Primärversorgung steht die Inanspruchnahme des Allgemeinmediziners durch den Gemeindegewohner nicht unter dem Entscheidungsvorbehalt der kommunalen Gesundheitsverwaltung. Stattdessen wird sie als faktische Handlung vollzogen. In der juristischen Literatur hat sich zudem die Erkenntnis durchgesetzt, dass es sich – bis auf im Gesetz festgelegte Ausnahmen – bei der Gewährung einer Behandlung nicht um einen Verwaltungsakt handelt.<sup>1070</sup>

Diese Sperrung erklärt sich vor dem Hintergrund bestehender Schwierigkeiten bei der dogmatischen Einordnung der Handlungen der Leistungserbringer, sie ist sogar deren zwingend notwendige Folge.<sup>1071</sup> Der Gesetzgeber hat im *kommunehelsetjenesteloven* bestimmt, dass bei Entscheidungen über die Gewährung einer Gesundheitsleistung der Primärversorgung das allgemeine Verwaltungsrecht (*forvaltningsloven*) nicht zur Anwendung kommt<sup>1072</sup> und damit das Problem der rechtlichen Einordnung dieser Entscheidung pragmatisch gelöst.<sup>1073</sup> Zugleich hat er damit geregelt, dass die allgemeinen

---

<sup>1068</sup> Vgl. § 8-6 sosialtjenesteloven. Von dieser Grundregel ausgenommen sind Entscheidungen des fylkesnemnd über die Anwendung von Zwang gegenüber Suchtkranken.

<sup>1069</sup> § 8-7 S.2 stjl. „...bare endre vedtaket når skjønnnet er åpenbart urimelig”

<sup>1070</sup> Ohnstad, Kritisk Juss 2004, S. 120.

<sup>1071</sup> Zu der dogmatischen Einordnung des Rechtsverhältnisses zwischen Patient und Leistungserbringer und zur Rechtsnatur der Behandlungsansprüche vgl. oben S. 111.

<sup>1072</sup> § 2-1 S. 3 kommunehelsetjenesteloven. Bei diesem Ausschluss handelt es sich nach allgemeiner Ansicht jedoch insoweit um einen Redaktionsfehler, als § 2-1 S. 3 kommunehelsetjenesteloven dem Wortlaut nach die Anwendung des gesamten forvaltningsloven sperrt.<sup>1072</sup> Gemeint ist aber nach einhelliger Auffassung, dass die allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätze durch die Vorschrift nicht an ihrer – entsprechenden – Anwendung gehindert werden. Ziel des Anwendungsverbotes war vielmehr, per Legaldefinition zu bestimmen, dass es sich bei einer solchen Entscheidung nicht um einen Verwaltungsakt handelt.

<sup>1073</sup> In der Gesetzesbegründung heisst es dazu lapidar, es sei zweifelhaft, ob die Regeln des *forvaltningsloven* auf die Entscheidungen passen, die hier getroffen würden. Vgl. Ot.prp. nr. 66 (1981-1982), S. 31.

verwaltungsrechtlichen Vorschriften zum Widerspruchsverfahren im IV. – VI. Kapitel *forvaltningsloven* grundsätzlich nicht zur Anwendung kommen.<sup>1074</sup>

Gleichwohl bestand erheblicher Bedarf an Rechtsklarheit und Rechtssicherheit im Rechtsverhältnis zwischen Patienten und Arzt. Das Rechtssicherheitsvakuum, welches bis in die 1980er Jahre im Sozialrecht, vor allem aber im Gesundheitsrecht bestand, ist unterdessen durch spezialgesetzliche Normen beseitigt. Dem Patienten, dessen Begehren auf Behandlung abgelehnt wurde, wird durch die Sperrung der allgemeinen Regeln zum Widerspruchsverfahren der Rechtsschutz nämlich nicht versagt. Das *kommunehelsetjenesteloven* und das *pasientrettighetsloven* sehen für Widersprüche gegen derartige Entscheidungen eigenständige Regeln vor, die materiell denen des *forvaltningsloven* entsprechen. Insoweit ist ein Rückgriff auf die allgemeinen Vorschriften des Verwaltungsrechts – etwa Anhörungsrechte, Einsichtsrechte, Begründungspflichten für die Entscheidungen<sup>1075</sup> – nicht mehr notwendig.

Nach § 7-2 *pasientrettighetsloven* kann der Patient, der seine Rechte verletzt sieht, *klage* bei der staatlichen Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen in seiner Heimatprovinz (*Helsetilsynet i fylket*) erheben. Die Terminologie entspricht dabei der des allgemeinen Verwaltungsrechts, d.h. es handelt sich auch hier nicht um eine prozessuale Klage vor den Gerichten, sondern um ein verwaltungsinternes Widerspruchsverfahren.

Widerspruch kann indes erst nach einer vorherigen Aufforderung zur Stellungnahme (*anmodning*) bei dem jeweiligen Leistungserbringer erhoben werden. So soll dieser „informell und unbürokratisch“<sup>1076</sup> an seine Leistungspflicht erinnert werden und die Möglichkeit erhalten, dieser vollumfänglich nachzukommen, ohne dass die Widerspruchsbehörde mit der Sache zu befassen wäre.<sup>1077</sup> Dieses entspricht zunächst dem allgemeinen Bestreben nach gütlicher Einigung und Konsens. Es ist ferner notwendig, um Art und Umfang des Begehrens bzw. Anspruches näher zu bestimmen. In der persönlichen Nähebeziehung ließe sich der Inhalt des Behandlungsanspruchs regelmäßig nicht bestimmen. Der Patient äußert ein zumeist nicht spezifiziertes

---

<sup>1074</sup> Da die Entscheidungen über die Ansprüche auf stationäre oder ambulante Pflege nach dem kommunehelsetjenesteloven aber in der Regel im Zusammenhang mit einer Entscheidung über Ansprüche nach dem sosialtjenesteloven ergehen, hat sich der Gesetzgeber für eine Ausnahme von der Ausnahme entschieden.<sup>1074</sup> Die Gewährung eines beantragten Pflegeheimplatzes oder häuslicher Pflege ist ein Verwaltungsakt, für den gemäß § 2-1 S. 4 khtjl das *forvaltningsloven* zur Anwendung kommt.

<sup>1075</sup> Die betreffenden einzelnen Vorschriften des allgemeinen Verwaltungsrechts mit denen des kommunehelsetjenesteloven bzw. *pasientrettighetsloven* vergleicht Ohnstad, KJ 2004, S. 174 ff.

<sup>1076</sup> NLK-pasrl-Syse, Anm. 101.

<sup>1077</sup> IS-12/2004, S. 41.

Behandlungersuchen gegenüber dem Arzt, welcher seinerseits die Behandlungsmöglichkeiten aufzeigt. Weil dieses vielfach nur konkludente Handeln erst im Laufe der Konsultation zu einer gewünschten Behandlung konkretisiert wird, bedarf es für die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens einer gewissen Fixierung des Geforderten. § 7-5 *pasientrettighetsloven* bestimmt als Fristen für *anmodning* und *klage* von vier bzw. drei Wochen. Nur falls die *anmodning* erfolglos bleibt, kann der Patient Widerspruch einlegen.

Hiernach trifft das *Helsetilsynet i fylket* die abschließende Verwaltungsentscheidung, mit der für den Patienten die verwaltungsinternen Kontrollmöglichkeiten erschöpft sind. Wird der Beschwer nicht abgeholfen, kann die Verwaltungsentscheidung von den allgemeinen Gerichten überprüft werden (§§ 435 ff. *tvistemålsloven*).<sup>1078</sup> Dasselbe gilt auch bei Untätigkeit der Behörde.

### c) Die „*nemnda*“ als Rechtsbehelfsstellen

Als Rechtsbehelfsstellen sind in der norwegischen Rechtsordnung die „*nemnda*“<sup>1079</sup> weit verbreitet. In der Rechtssprache bezeichnet der Begriff eine Auswahl von Sachkundigen, die zur außergerichtlichen Streitbeilegung berufen sind. Im Gegensatz zu einem Schiedsamt wird der Weg zu einer *nemnd* in der Regel nicht aufgrund einer Parteivereinbarung beschritten, sondern ist als Teil des Verwaltungsverfahrens vielmehr zwingende Voraussetzung für einen späteren Gerichtsprozess. Nach der gesetzlichen Terminologie wird deutlich, dass es sich – um Unterschied etwa zu den Widerspruchsbehörden im deutschen Verwaltungsrecht – um „unabhängige Verwaltungsorgane“ handelt, die betreffend ihrer Entscheidungen keiner Aufsicht durch die übergeordneten Behörden bzw. Ministerien unterliegen.

Wegen der geringen Einwohnerzahl unterscheidet sich die Struktur des inneradministrativen Verwaltungsrechtsschutzsystems stark von dem Aufbau im deutschen Verwaltungssystem. Das betrifft sowohl die Organisation der Verwaltung in der Fläche, als auch die geringe Anzahl der dort Beschäftigten: Häufig ist im gesamten Staatsgebiet eine einzige *nemnd* für die Entscheidung bestimmter Rechtsfragen berufen. So sind insgesamt lediglich ca. 30 Mitarbeiter in der oben beschriebenen *pasientskadenemnda* beschäftigt.<sup>1080</sup>

Befugnisse, Verfahren, Organisation und Zusammensetzung der *nemnd* sind gesetzlich normiert. Die Spruchkörper sind nicht ausschließlich mit Juristen

---

<sup>1078</sup> NLK-tvml-o.Verf., Anm. 1767 ff.

<sup>1079</sup> Der Begriff leitet sich von „*nevnd*“ d.h. „benannt“ ab.

<sup>1080</sup> Das PSN hatte zum 31.05.2007 24 Mitarbeiter. Informationen der Internetpräsenz <http://www.pasientskadenemnda.no/templates/Page.aspx?id=2053>, abgerufen am 28.10.2007.

besetzt, sondern ihnen gehören zusätzlich Mitglieder der betreffenden Profession an. Auf diese Weise soll eine besondere Sachkunde der Entscheidung sichergestellt werden. Dem Bedürfnis nach ausreichender rechtlicher Expertise wird dadurch Rechnung getragen, dass dem Entscheidungsgremium regelmäßig ein Jurist vorsitzt. So besteht etwa die *pasientskadenemnda*<sup>1081</sup> aus Juristen und Ärzten. Hinzu kommen die von Patientenschutzverbänden vorgeschlagenen und in die Gremien berufenen Personen als „Verbraucherrepräsentanten“. Sie wirken voll stimmberechtigt an den Mehrheitsentscheidungen über die Ansprüche mit.<sup>1082</sup>

Auf überregionaler Ebene entscheiden die *fylkesnemndene for sosiale saker* (etwa: Provinz-Ausschüsse für soziale Fragen) über Streitigkeiten im Jugendhilferecht (§§ 7-1. ff barnevernloven) und im Sozialhilferecht (§ 9-1 ff. *sosialtjenesteloven*).<sup>1083</sup> Deren Bedeutung für das Gesundheitswesen ist indes begrenzt auf Maßnahmen und Entscheidungen betreffend die Versorgung von Suchtkranken. Die Genehmigungs- und Widerspruchsstelle für Auslandsbehandlungen (*Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet*)<sup>1084</sup> wurde 2004 begründet und setzt die Arbeit der Vorgängereinstitution (*Klagenemnda for bidrag til behandling*) fort. Wie diese entscheidet jene Institution über Ansprüche nach dem *pasientrettighetsloven* bezüglich einer Behandlung im Ausland.<sup>1085</sup> Zusätzlich sind dieser *klagenemnda* Entscheidungen über Ausnahmegenehmigungen zur Präimplantationsdiagnostik nach dem *bioteknologiloven* zugewiesen.<sup>1086</sup> Die Entscheidung einer *nemnd* beendet das Verwaltungsverfahren und kann im Anschluss von den Gerichten überprüft werden.

#### d) Das Ombudswesen

Ein weiteres Rechtsinstitut ist das des Ombudsmannes.<sup>1087</sup> In der nordischen Rechtstradition ist der Ombudsmann seit langem ein fester Teil der

---

<sup>1081</sup> <http://www.pasientskadenemnda.no>. Zu der Stellung als unabhängiges Verwaltungsorgan vgl. Boehlke.

<sup>1082</sup> Vgl. auch § 7-2 Lov av 01. desember 2006 nr. 65 om endringer i barnevernloven og sosialtjenesteloven: Die fylkesnemndene setzen sich aus Juristen mit Befähigung zum Richteramt und "Fachkundigen" bzw. "allgemeinen Mitgliedern" zusammen.

<sup>1083</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dep/Tilknyttede-virksomheter/Fylkesnemndene-for-sosiale-saker.html?id=418110>; Lindboe, FAB 2005, S. 188 ff.

<sup>1084</sup> <http://www.klagenemnda.no>.

<sup>1085</sup> § 7-2 pasientrettighetsloven i.v.m. Forskrift av 01. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd.

<sup>1086</sup> § 2-14 Lov av 05. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven).

<sup>1087</sup> In Deutschland gewinnt das Ombudswesen erst in jüngerer Zeit an Bedeutung. Der Begriff bleibt aber oft unscharf im Hinblick auf Aufgabenfeld und Legitimation.<sup>1087</sup> Für das Gesundheitswesen ist etwa die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu nennen.



Rechtsordnung. Den Ursprung nahm das Ombudswesen in Schweden, wo seit 1809 das Amt des *Justitieombudsman* bekannt ist,<sup>1088</sup> der als unabhängige Kontrollinstanz die Aufsicht über die Amtsführung der öffentlichen Bediensteten ausübt.<sup>1089</sup> In abgewandelter Form findet sich das Ombudswesen seit dem Zweiten Weltkrieg auch in Dänemark<sup>1090</sup> und in Norwegen<sup>1091</sup>. Die Aufgabe des norwegischen *sivilombudsmann* besteht darin, dafür zu sorgen, dass die öffentliche Verwaltung kein Unrecht gegen den einzelnen Bürger begeht<sup>1092</sup> und es zu keinen Pflichtversäumnissen und Fehlern seitens der Verwaltung kommt.<sup>1093</sup> Der im vierjährlich gewählte Ombudsmann ist zuständig für Beschwerden hinsichtlich der kommunalen, der *fylkeskommunalen* und der zentralstaatlichen Verwaltung und kann durch den in seinen Rechten verletzten Bürger angerufen werden, aber ebenso aus eigener Initiative Maßnahmen ergreifen.<sup>1094</sup> Jedoch ist dem Bürger die Klage zum Ombudsmann regelmäßig verwehrt, sofern die normalen Rechtsbehelfe gegen das beanstandete Handeln oder Unterlassen der jeweiligen Verwaltungskörperschaft nicht ergriffen wurden.<sup>1095</sup> Der Ombudsmann soll dem Bürger keine zusätzliche Rechtsbehelfsinstanz zur Verfügung zu stellen. Stattdessen hat der Beschwerde die Wahl, nach Abschluß des Verwaltungsverfahrens einen Gerichtsprozess anzustrengen oder den Fall dem Ombudsmann vorzutragen. Zugleich wird damit deutlich, dass die Entscheidungen der Gerichte nicht vom Prüfungsauftrag des Ombudsmannes umfasst sind (§ 4c *ombudsmannsloven*).<sup>1096</sup>

Hauptsächlich dient das Amt dazu, Transparenz bei administrativem Handeln zu schaffen. Das Gesetz gesteht dem Ombudsmann eigenständige Rechte zur Einsichtnahme von Akten und Dokumenten zu.<sup>1097</sup> Seine periodisch publizierten Untersuchungen lenken das Licht der Öffentlichkeit auf beanstandetes Verwaltungshandeln und ermöglichen damit auch eine breite öffentliche Diskussion. Die Verbindung des Amtes zum *Storting* stärkt die Rolle der

<sup>1088</sup> Forvaltningskomiteens innstilling, S. 5, in: Instillinger og Betenkninger II, 1958; Norstedt-Sterzel, S. 1041.

<sup>1089</sup> Nachdem Finnland 1918 die Unabhängigkeit erlangte, wurde dort eine dem schwedischen Recht ähnelnde „Justitieombudsmannainstitution“ geschaffen.

<sup>1090</sup> Lov av 11. juni 1954 om folketingets ombudsman.

<sup>1091</sup> Vgl. Lov av 22. juni 1962 nr. 8 om Stortingets ombudsmann for forvaltningen (*ombudsmannsloven*). Das Wort „*sivilombudsmann*“ ist hier wohl nur historisch zu verstehen. Bei der Einführung im Jahre 1962 sollte die Begriffswahl der Abgrenzung zum Ombudsmann für die Wehrdienstpflichtigen dienen.

<sup>1092</sup> Vgl. § 75 l. grl.

<sup>1093</sup> § 1 instruks for Stortingets ombudsmann for forvaltningen, zuletzt geändert am 02.12.2003.

<sup>1094</sup> § 5 *ombudsmannsloven*.

<sup>1095</sup> § 5 Abs. 1 instruks for Stortingets ombudsmann for forvaltningen.

<sup>1096</sup> Andenæs, L&R 1988, S. 523; Fliflet, Festkrift Lødrup 2002, o. S.a.

<sup>1097</sup> Dazu Andenæs, L&R 1962, S. 14 ff., ders. in L&R 1988, S. 519 ff. sowie Boe/Birkeland, TfR 1980, S. 680 ff.

vorgelagerten Kontrolle der Verwaltung durch die Legislative. Der Ombudsmann ist gemäß § 11 *ombudsmannsloven* berechtigt, auf Mängel in Gesetzen und Vorschriften hinzuweisen.

Von praktischer Bedeutung in der speziellen Gesundheitsversorgung ist das besondere Ombudsamt zur Sicherung der Patientenrechte (*pasientombudet*).<sup>1098</sup>

Nach § 8-1 *pasientrettighetsloven* soll das *pasientombud* für die Wahrung des Patientenbedarfs, ihrer Interessen und die Rechtsicherheit tätig werden.<sup>1099</sup> Dazu muß in jeder Provinz ein *pasientombud* geschaffen werden, welches den Patienten informieren und über seine Rechte beraten soll. Die heutige Institution beruht auf den Erfahrungen einzelner Einrichtungen in der Provinz *Nordland*,<sup>1100</sup> wo ein *pasientombud* bereits seit 1985 existierte. Mit Inkrafttreten des *pasientrettighetsloven* im Jahre 1999 wurde eine gesetzliche Pflicht zum landesweiten Ausbau des *pasientombud* - Wesens normiert. In der Folge des Überganges der Verantwortung für den Krankenhausbetrieb von den *fylkern* an den Staat wechselte auch die Organisationszuständigkeit an letzteren, der die konkrete Aufgabe dem *Sosial- og Helsedirektorat* zuwies.

Die allgemeinen Merkmale kennzeichnen auch das *pasientombud*. Dieses kann auf Anfrage des Patienten oder selbständig tätig werden und ist mit eigenen Rechten ausgestattet (etwa Akteneinsicht, Zugang zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens usw.). Die Rechtsauffassungen, welche die Ombudsperson in ihren – nicht bindenden – Entscheidungen vertritt, äußert sie auch gegenüber dem regional zuständigen Krankenhausträger (*RHF*). Sie unterrichtet regelmäßig die Aufsichtsbehörden des Gesundheitswesens über ihre Tätigkeit.

Die Tätigkeit der Ombuds-Personen wird allgemein als Zeichen hoher Rechtssicherheit im Gesundheitswesen gewertet. Hierfür spricht die nicht unerhebliche Zahl von Patienten, die von den Angeboten Gebrauch machten. Nach den Zahlen des Jahresrapportes für 2005 wandten sich über 11.000 Patienten an ihre Ombudsfrau bzw. ihren Ombudsmann. Den Erfolg des Ombudswesens führt man auf seine Niederschwelligkeit - verglichen mit dem normalen Rechtsschutz - zurück, was vor allem jene in Anspruch nehmen, die sich der Beschreitung des prozessualen Weges nicht gewachsen fühlen.<sup>1101</sup>

---

<sup>1098</sup> <http://www.shdir.no/pasientombudet>.

<sup>1099</sup> NLK-pasientrettighetsloven-Syse, Anm. 117 nennt die Institution das "Sprachrohr" der Patienten.

<sup>1100</sup> Molven, L&R 1991, S. 200; Høringsnotat Helse- og omsorgsdepartementet April 2007 (Fn. 1103), S. 3.

<sup>1101</sup> Høringsnotat Helse- og omsorgsdepartementet April 2007 (Fn. 1103), S. 4 und 11.

Folglich ist eine Ausweitung des *pasientombud* auf die Primärversorgung angedacht, wie schon in der Regierungserklärung der Regierung Stoltenberg II vom 13.10.2005<sup>1102</sup> unterstrichen wurde. Nähere Pläne des Gesundheitsministeriums liegen bereits vor, eine Umsetzung kann in naher Zukunft erwartet werden.<sup>1103</sup>

### 3. Sozialgericht (*trygderett*)

#### a) Organisation und Verfahrensablauf

Mit dem *trygderett* verfügt Norwegen über eine Beschwerde- und Streitschlichtungsinstanz besonderer Art.<sup>1104</sup> Das *trygderett* hat seinen Sitz in Oslo und besteht aus vier Fachabteilungen. Insgesamt sieht der gegenwärtige Organisationsplan ca. 65 volle Stellen vor<sup>1105</sup>, wovon die größte Gruppe aus Juristen mit Befähigung zum Richteramt besteht. Darüber hinaus sind dort zahlreiche Mediziner tätig, da es bei den Entscheidungen regelmäßig medizinischer Sachkunde bedarf. Zudem leisten Laienmitglieder (*legmedlemmer*) wichtige Arbeit. Sie werden turnusmäßig aus Sozial- und Fachverbänden berufen und nehmen auf besondere Aufforderung des Verfahrensvorsitzenden an Verfahren mit besonderer Bedeutung teil.<sup>1106</sup> Der Spruchkörper für ein einzelnes Verfahren besteht aus mindestens zwei Personen (regelmäßig ein juristisch und ein medizinisch geschultes Mitglied), kann jedoch in Abhängigkeit von der Fragestellung mit bis zu 7 Personen besetzt sein (§ 7 *trygderettsloven*). Die Anzahl der jährlich vorgebrachten Verfahren liegt bei über 6000, von denen etwa 100 im Anschluss durch die ordentlichen Gerichte überprüft werden.<sup>1107</sup> Vergleicht man die Anzahl der heute durchgeführten Verfahren mit denen der ersten Jahre der Tätigkeit, lässt sich eine erhebliche Steigerung feststellen. In den Jahren von 1997 bis 2002 hat sich die Anzahl der Klageeingänge beim *trygderett*

---

<sup>1102</sup> Sog. Soria-Moria-Erklärung, S. 41, im Internet verfügbar: <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/smk/rap/2005/0001/ddd/pdfv/260512-regjeringsplattform.pdf>, vgl. auch NOU 2005:3, S. 39.

<sup>1103</sup> Zu den Details des Vorschlages Høringsnotat Helse- og omsorgsdepartementet April 2007, im Internet verfügbar: [http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00015/hoeringsnotat\\_pasien\\_15971a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00015/hoeringsnotat_pasien_15971a.pdf).

<sup>1104</sup> Die einzige deutschsprachige Darstellung liefert Ruhle, SGB 1978, S. 56 ff.

<sup>1105</sup> In Norwegen ist die *årsverk* –Zahl eine gebräuchliche Angabe für die Größe eines Arbeitgebers. Gemeint ist damit der jährliche Arbeitsbetrag, den ein Angestellter in Vollzeit-Stellung erbringt – wörtlich etwa: „das Jahreswerk“. Die Arbeitsleistung Teilzeitbeschäftigter wird entsprechend berechnet.

<sup>1106</sup> Die Laienmitgliederauswahl erfolgt in vierjährlichem Rhythmus durch kgl. Ernennung. Die Mitglieder werden z.B. berufen aus Krigsinvalideforbundet, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Norges Handikapforbund, Arbeidssøkerforbundet (AFO), Norsk Pensjonistforbund, Norges Bondekvinneforbund, Norges Fiskarlag, Den norske Lægeforening, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Helse- og sosialforbund, Kommunenes Sentralforbund, Finansnæringsens Hovedorganisasjon, Norges Kvinne- og familieforbund.

<sup>1107</sup> Nach Angaben des *trygderetten*.

etwa verdoppelt.<sup>1108</sup> Den Löwenanteil der Verfahren, nämlich etwa die Hälfte, machen Streitigkeiten im Zusammenhang mit Ansprüchen auf Rentenleistungen bei Erwerbsunfähigkeit aus.<sup>1109</sup> Verfahren betreffend Leistungen des Gesundheitswesens sind bislang selten.

## **b) Entwicklung und Rechtscharakter**

Vor der Errichtung des *trygderett* durch das *trygderettsloven* im Jahre 1966<sup>1110</sup> bestanden im Volksversicherungsrecht verschiedene Beschwerde- und Widerspruchsordnungen. In diesen waren nur wenige prozessuale Bestimmungen vorhanden,<sup>1111</sup> weswegen die Ordnungen als wenig praktikabel erachtet wurden. So wurde für die kommunalen Krankenkassen ein Kassenausschuss (*trygdekassenemnda*) bestimmt, der aus den Gemeinderatsmitgliedern gewählt wurde. Ihm konnten Streitigkeiten über Rechte und Pflichten aus dem Krankenversicherungsverhältnis vorgelegt werden,<sup>1112</sup> d.h. Streitigkeiten zwischen Versicherten bzw. Arbeitgebern und der Kasse und schließlich, soweit der Beitragsabzug vom Lohn strittig war, auch zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Die Anzahl der Entscheidungen durch kommunale *trygdekassennemnda* war gering. Durchschnittlich hatten die Ausschüsse nur einen Streitfall pro Jahr zu behandeln. Die Entscheidungen trugen offenkundig nicht zum Rechtsfrieden bei.<sup>1113</sup> Denn von drei Entscheidungen wurden zwei im Nachgang von der zentralen Widerspruchsbehörde beim Reichsversicherungswerk überprüft. Zudem wurde ein nicht unerheblicher Teil von Streitigkeiten dem *RTV* direkt und informell vorgelegt. Gründe hierfür waren neben der Dauer des zweistufigen Verfahrensweges vor allem die mangelnde Professionalität der

---

<sup>1108</sup> trygderetten-innspill, S. 9.

<sup>1109</sup> Vgl. Hålogaland lagmannsrett, Urt. v. 12.03.2007 (LH-2006-70734); Eidsivating lagmannsrett; Urt. v. 08.02.2007 (LE-2006-109826); Borgarting lagmannsrett, Urt. v. 13.06.2007 (LB-2006-125519); Borgarting lagmannsrett, Urt. v. 2007-06-11 (LB-2006-126362); Norges Høyesterett, Urt. v. 07.06.2007 (HR-2007-01014-A); Borgarting lagmannsrett Urt. v. 05.06.2007 (LB-2006-15638); Borgarting lagmannsrett - Urt. v. 14.05.2007 (LB-2006-82649); Norges Høyesterett, Urt. v. 08.05.2007 (HR-2007-00831-A); Hålogaland lagmannsrett - Urt. v. 03.05.2007 (LH-2006-125460); Gulating lagmannsrett, Urt. v. 29.03.2007 (LG-2006-133455); Borgarting lagmannsrett, Urt. v. 29.03.2007 (LB-2006-81303); Borgarting lagmannsrett - Urt. v. 26.03.2007 (LB-2005-47731); Hålogaland lagmannsrett - Urt. v. 12.03.2007 (LH-2006-70734); Frostating lagmannsrett - Urt. v. 02.03.2007 (LF-2006-157622).

<sup>1110</sup> Lov av 16. desember 1966 nr. 9 om anke til Trygderetten; in Kraft getreten am 01.01.1967.

<sup>1111</sup> Øie, S. 45.

<sup>1112</sup> § 108 Lov av 2. mars 1956 nr. 2 om syketrygd.

<sup>1113</sup> Ot. prp. nr. 5 (1966-1967) Innst. S. 9. Widerspruchsbehörde für die Entscheidungen des lokalen Kassenausschusses war das Reichsversicherungswerk (*RTV*). Ein Widerspruch musste binnen sechs Wochen erhoben werden (§ 110). Während die Entscheidung des *RTV* für die lokalen Kassenausschüsse unanfechtbar war, konnten die übrigen Beteiligten im Widerspruchsverfahren die Entscheidung des *RTV* durch die ordentlichen Gerichte überprüfen lassen, soweit es sich dabei nicht um reine Ermessenentscheidungen handelte (§ 111).

kommunalen Spruchkörper. Insoweit bestand Handlungsbedarf und es wurde der Vorschlag unterbreitet, diese lokalen Streitentscheidungsinstanzen aufzulösen und die Widerspruchs- und Beschwerdeordnungen neu zu ordnen.

Der Zusammenführung verschiedener Sozialversicherungszweige zur *folketrygd* im Jahre 1966 ging vor allem das Anliegen voraus, die Normenvielfalt zu verringern und das Sozialrecht zu vereinfachen. Die unterschiedlichen Widerspruchs- und Beschwerdeordnungen waren hinderlich. Hieraus entstand der Wunsch nach der Einführung einer zentralen Beschwerdeinstanz für das Volksversicherungsrecht. Schon 1958 hatte das zur Reform der Staatsverwaltung eingesetzte *forvaltningskomité* geäußert, dass die Einführung eines gemeinsamen Beschwerdeausschusses (*ankenemnd*) bzw. „einer Art Sozialgericht“<sup>1114</sup> von Vorteil wäre. Dieser Gedanke wurde einige Jahre später von einem Expertenausschuss (*ankelovutvalg*) wieder aufgegriffen. Die Errichtung einer eigenständigen „Sozialgerichtsbarkeit“ schien diesem vor allem deshalb notwendig, weil die allgemeinen Gerichte den besonderen Bedürfnissen der Versicherten nicht gerecht werden könnten.<sup>1115</sup> Dabei müsse der zu schaffende Spruchkörper als „Gericht mit selbständiger Entscheidungskompetenz“<sup>1116</sup> ausgestattet werden.

Nach dem Vorschlag des Ministeriums sollte das *trygderett* hingegen als Verwaltungsorgan organisiert werden.<sup>1117</sup> Diese Sichtweise wurde von zahlreichen Vertretern des Juristenstandes gestützt. Für Richter und Anwälte sowie andere Fachverbände schied die Errichtung eines eigenständigen Zweiges der Gerichtsbarkeit aus, weil die Zahl von Verfahren und auch die daraus folgende Anzahl von Berufungssachen eine hohe Arbeitsbelastung bedeuten würde.<sup>1118</sup> Zudem hätte dies einen Bruch mit der norwegischen Rechtstradition bedeutet, da dieser eine eigenständige Verwaltungs- oder gar Sozialgerichtsbarkeit bisher fremd war. Man kann also durchaus von einem generellen Unwillen sprechen, welcher dem Ausschuss in dieser Frage gegenüber stand.<sup>1119</sup> Auch die im Entwurf zum *trygderettsloven* verwendeten Begriffe weisen darauf hin, dass der Eindruck vermieden werden sollte, es handle sich hierbei um ein unabhängiges Gericht. Das Justizministerium schlug darum eine gesonderte Terminologie vor und kritisierte die Wahl des Begriffes „*trygderett*“, weil dies auf ein Gericht hindeute.<sup>1120</sup>

---

<sup>1114</sup> Ebenda.

<sup>1115</sup> Ot. prp. nr. 5 (1966-1967), S. 19.

<sup>1116</sup> Ot. prp. nr. 5 (1966-1967), S. 17.

<sup>1117</sup> Ot. prp. nr. 5 (1966-1967), S. 13.

<sup>1118</sup> Vgl. die Stellungnahmen im Vedlegg 2, S.1-28.

<sup>1119</sup> Kjønstad/Syse, S. 105.

<sup>1120</sup> Ot. prp. nr. 5 (1966-1967), S. 27.

Einigkeit bestand jedoch insoweit, als dass die Rechtssicherheit der Versicherten gestärkt werden sollte. Dazu sollte ein Instrument geschaffen werden, welches den Prinzipien der Rechtspflege möglichst nahe sein und den Versicherten die gleichen Rechtsgarantien geben sollte wie dies bei den ordentlichen Gerichten der Fall ist – allerdings immer nur, „soweit dies möglich ist“<sup>1121</sup>.

Die Anzahl der Entscheidungen des *trygderett* werden hernach nur selten durch die ordentlichen Gerichte überprüft.<sup>1122</sup> Die Tatsache, dass sich die ordentlichen Gerichte in den wenigen Verfahren der Rechtsprechung des *trygderett* anschließen,<sup>1123</sup> lässt indes auf die erhebliche Bedeutung schließen, welche die Praxis den Entscheidungen zumisst. Die Rechtsansicht, welche das *trygderett* in seinen Verfahren entwickelt, hat also bedeutendes Gewicht. Seine Spruchpraxis kann daher als wichtige Rechtsquelle erachtet werden. Die juristische Literatur wählt der Einschätzung dieser Bedeutung lediglich synonyme Begriffe.<sup>1124</sup> Insgesamt besteht darüber Einigkeit, dass den Entscheidungen bei Auslegung des *folketrygdloven* „ziemlich großes Gewicht“<sup>1125</sup> beigemessen werden muss,<sup>1126</sup> und damit ein deutlich höheres als den sonstigen Entscheidungen der Verwaltung.

Lediglich eine Ansicht weist darauf hin, dass die Spruchpraxis des *trygderett* keine höhere Bedeutung haben könne, als die anderer Verwaltungsentscheidungen, da es sich letztlich auch hier nur um Verwaltungsentscheidungen handle.<sup>1127</sup> Die Einordnung des *trygderett* als Verwaltungsorgan einerseits oder aber als unabhängiges Gericht andererseits ist in der juristischen Literatur ungeklärt.<sup>1128</sup> Tatsächlich lassen sich für beide Ansichten Argumente finden. Die Tatsache, dass vor einem unabhängigen Spruchkörper kontradiktorische Verfahren zu konkreten Sachverhalten durchgeführt werden, spricht für eine Einordnung als „Gericht“ im engeren Sinne. Zwar steht es nach § 23 *trygderettsloven* der unterlegenen Partei frei, die Entscheidung durch die Mittelinstanz der ordentlichen Gerichte überprüfen zu lassen. Dies allein ist jedoch kein Argument gegen eine Einordnung als Gericht: Auch innerhalb der Gerichtsbarkeit werden unterinstanzliche Entscheidungen durch übergeordnete Instanzen überprüft.

---

<sup>1121</sup> Ot. prp. nr. 5 (1966-1967), S. 20.

<sup>1122</sup> Øie, S. 133, der die Spruchpraxis des *trygderett* umfassend untersucht hat.

<sup>1123</sup> Øie, S. 134 f.

<sup>1124</sup> Øie, S. 137 m. w. Nachweisen.

<sup>1125</sup> So Kjønsstad/Syse, S. 90.

<sup>1126</sup> Die Resistenz der Verwaltung gegenüber der Gesetzesauslegung durch das *trygderett* beklagt Narvland, TFE 2006, S. 295 ff.

<sup>1127</sup> Holgersen, TfR 1987, S. 430.

<sup>1128</sup> Eckhoff-Smith, S. 129 meint z.B., es handle sich um ein „gerichtsähnliches Verwaltungsorgan“ (*domstollignende forvaltningsorgan*).

Wenn in der Praxis regelmäßig keine mündliche Verhandlung<sup>1129</sup> stattfindet und die Entscheidungen im Hinblick auf ihre Anzahl und den Umfang der notwendigen Sachverhaltsermittlungen eher Verwaltungsentscheidungen ähneln, so kann deshalb der Charakter eines Gerichts nicht verneint werden. Die große Anzahl von Streitfragen, welche das *trygderett* zu entscheiden hat, vermag zwar im Einzelfall zu einer Qualität der Sachverhaltsermittlung und Rechtsfindung führen, die das von einem Gericht zu fordernde Mindestmaß nicht erreicht.<sup>1130</sup> Jedoch ist weder die Verfahrenszahl noch die Arbeitsweise zweckdienlich im Hinblick auf die Einordnung als Verwaltungsorgan oder aber als Gericht.

Weiter wird argumentiert, aufgrund des Ungleichgewichts der Kräfte der widerstrebenden Parteien ähnele das *trygderett* eher einem Verwaltungsorgan – der juristisch unkundige Versicherte einerseits und die Verwaltung als Übermacht auf der anderen Seite.<sup>1131</sup> Doch auch im *trygderetts*-Verfahren ist die fachanwaltliche Beratung und Vertretung nicht ausgeschlossen. In ca. 30 % der Verfahren wurde von der Möglichkeit der Hinzuziehung Prozessbevollmächtigter Gebrauch gemacht (§ 18 *trygderettsloven*). Das rechtstatsächliche Argument eines typischen Kräfteverhältnisses taugt mithin ebensowenig als Abgrenzungsmerkmal.

Von entscheidender Bedeutung ist dagegen das Maß der Unabhängigkeit des Spruchkörpers. In organisatorischer Hinsicht wird man dem *trygderett* zugestehen müssen, dass es von der übrigen Verwaltung getrennt ist. Es ist dem Gesundheitsministerium (*Sosial- og helsedepartementet*) zugeordnet,<sup>1132</sup> aber hinsichtlich der Binnenorganisation, d.h. zum Beispiel der Personalhoheit und der Geschäftsverteilung frei. Weder das Ministerium noch die Sozialversicherungsbehörde kann auf diese Organisation Einfluß nehmen. Auch sind die Mitglieder des Spruchkörpers (*medlemmer*)<sup>1133</sup> nicht dem Lager einer der Parteien zuzuordnen. Sie entscheiden somit unabhängig und unparteilich. Schließlich muss die ursprünglich vom Gesetzgeber gewollte Zuordnung als Verwaltungsorgan im Hinblick auf die Entwicklung der letzten Jahre relativiert werden. So fand eine Professionalisierung des Spruchkörpers statt. Daneben ist in der politischen Diskussion ein Wandel eingetreten und es wird zum Teil gefordert,

---

<sup>1129</sup> Holgersen, TfR 1987, S. 422. Nach Øie, S. 67 gab es von der Aufnahme der Tätigkeit an bis in die Mitte der 1990er Jahre nur vier mündliche Hauptverhandlungen.

<sup>1130</sup> So die Vermutung von Holgersen, TfR 1987, S. 429.

<sup>1131</sup> Holgersen a.a.O.

<sup>1132</sup> Øie, S. 53 f.

<sup>1133</sup> Die Wortwahl „Mitglied“ (*medlem*) statt „Richter“ (*dommer*) weist terminologisch auf die ursprüngliche Sonderstellung hin, wie auch die oben bezeichnete Entscheidung gegen eine Bezeichnung als Versicherungs„gericht“ *Trygdedomstol* und für *Trygderett*.

dass dem *trygderett* auch formell die Stellung eines Gerichts eingeräumt wird.<sup>1134</sup> Schließlich lässt sich die gewachsene Bedeutung auch an der Tatsache erkennen, dass bis zur Reform des Gesetzes<sup>1135</sup> im Jahre 1987 die ersten Instanzen der ordentlichen Gerichtsbarkeit (*herreds-* bzw. *byrett*)<sup>1136</sup> für die Überprüfung zuständig waren. Hernach wurde das Berufungsgericht (*lagmannsrett*) als zuständige Instanz bestimmt, woraus sich eine Anerkennung der Professionalität der Spruchpraxis des *trygderett* ersehen lässt. Die überwiegenden Argumente sprechen mithin für eine Einordnung als unabhängiges Gericht. Wegen der praktischen Bedeutung des *trygderett* ist eine Entscheidung für die formelle Anerkennung als Gericht zu wünschen. Eine endgültige Entscheidung über die Einordnung des *trygderett* als Gericht und damit auch eine Klärung des jetzigen Schwebezustandes kann indes nur der Gesetzgeber herbeiführen.<sup>1137</sup>

### c) Reformvorschläge

Dem Rechtsschutzsystem im norwegischen Gesundheits- und Wohlfahrtswesen begegnet Kritik. Nach wie vor die mangelnde Professionalität der bestehenden Spruchkörper (*trygderett*, *fylkesnemnda for sosiale saker*, *pasientskadenemnda*, *dispensasjons-* og *klagenemnda for behandling i utlandet*) beanstandet. Dabei wird nicht die Fachkundigkeit der am Verfahren beteiligten Mediziner und Psychologen in Frage gestellt, sondern vielmehr, dass es den Spruchkörpern an juristischem Sachverstand mangle. Verbesserungswürdig sind auch die Begründungen der Entscheidungen durch die Stellen. So werden etwa die des *trygderett* selten und nur knapp schriftlich begründet.<sup>1138</sup> Dabei sind Begründungen enorm wichtig: Sie dienen dem Rechtsfrieden, weil sie für die „Gegner“ die Entscheidung nachvollziehbar machen und sie ermöglichen dem Beschwerdeführer im Unterliegensfall, die Erfolgsaussichten eines weiteren gerichtlichen Vorgehens zu prüfen.

Ferner wird die Unübersichtlichkeit und die Zergliederung des bestehenden Systems kritisiert. Wie oben beschrieben, ist eine Vielzahl verschiedener Stellen mit dem Rechtsschutz in einem inhaltlich weitestgehend homogenen Rechtsgebiet befasst. Die Rechtsbehelfsverfahren gleichen einerseits zwar dem Ablauf des allgemeinen Verwaltungsverfahrens. Dennoch gibt es Abweichungen im Detail,

---

<sup>1134</sup> Ot.prp.nr.52 (1986-1987), S.6f.

<sup>1135</sup> Lov av 05. juni 1987 nr. 27 om endringer i Lov av 16. desember 1966 nr. 9 om anke til Trygderetten og i lov av 13. august 1915 nr. 6 om rettergangsmåten for tvistemål.

<sup>1136</sup> Die damals benutzten Bezeichnungen *herreds-* bzw. *byrett* für die erstinstanzlichen Gerichte entsprechen der seit dem 1. Januar 2002 vereinheitlichten Bezeichnung *tingrett*.

<sup>1137</sup> Vgl. Borgarting lagmannsrett - Urt. v. 23.02.2007 (LB-2006-164579).

<sup>1138</sup> Kjønstad, Retfærd 2002, S. 15.



die der Vereinheitlichung bedürften. An dieser Stelle ist die Forderung von *Kjønstad* hervorzuheben, der sich für die Schaffung einer einheitlichen Sozialgerichtsbarkeit (*sosialdomstol*) für das gesamte Wohlfahrtsrecht einsetzt.<sup>1139</sup> In seiner Kritik am bestehenden System wird zwar die Wichtigkeit des *trygderett* unterstrichen, gleichwohl werden von ihm Änderungen im Hinblick auf den Verfahrensablauf gefordert – insbesondere die schriftliche Begründung der Entscheidungen.<sup>1140</sup> Dem *trygderett* sollen nach seiner Ansicht weitere Entscheidungskompetenzen, etwa über Sach- und Geldleistungen nach dem Sozialhilfe- und Jugendhilferecht (bislang: *fylkesnemndene for sosiale saker*), vor allem aber die Entscheidungen über Behandlungsansprüche im Gesundheitswesen (bislang: *Helsetilsynet i fylket*), zugewiesen werden. *Kjønstads* Vereinheitlichungsvorschlag zielt auf eine einheitliche Prozessordnung und eine aus zwei Instanzen bestehende Ordnung, welche aus dem *sosialdomstol* als Eingangsinstanz und der Berufungsinstanz (*lagmannsrett*) bestehen soll.<sup>1141</sup>

#### 4. Gerichtliche Kontrollinstanzen

Alle Verwaltungsentscheidungen können letztlich auch durch die Gerichte überprüft werden (vgl. §§ 435-440a *tvistemålsloven* = Prozessordnung)<sup>1142</sup>. Da Norwegen keine eigenständige Verwaltungsgerichtsbarkeit kennt, müssen Klagen über Verwaltungsentscheidungen vor den ordentlichen Gerichten erhoben werden. Überwiegend wird in der Literatur eine solche Spezialisierung auch als wenig zweckmäßig angesehen.<sup>1143</sup>

Das allgemeine Gerichtssystem beruht auf einem dreistufigen Instanzenzug. Auf regionaler Ebene entscheidet das *tingrett* als erste Tatsacheninstanz. Als Berufungsgericht fungiert auf überregionaler Ebene das sogenannte *lagmannsrett*. Das höchste norwegische Gericht, das *Høyesterett* in Oslo, entscheidet über Rechts- und Tatsachenfragen<sup>1144</sup> sowie über die Vereinbarkeit des einfachen Rechts mit der Verfassung.<sup>1145</sup> Alle Rechtsfragen aus dem Gesundheitsrecht oder Volksversicherungsrecht können nach dem verwaltungsinternen Rechtsmittelverfahren von den Gerichten überprüft werden. Dabei ist die

<sup>1139</sup> Kjønstad, Retfærd 2002, S. 10 ff.

<sup>1140</sup> Von einer Mitarbeitergruppe am *trygderett* wurde zudem gefordert, dass der Mündlichkeitsgrundsatz in den Verfahren eingeführt werden soll: Vgl. Fernsjø.

<sup>1141</sup> Kjønstad, Retfærd 2002, S. 15.

<sup>1142</sup> Lov av 13.august 1915 nr 06 om rettergangsmåten for tvistemål. Es steht eine Reform des Prozessrechts unmittelbar bevor. Die neue norwegische Prozessordnung (*tvisteloven*) ist bereits verabschiedet und tritt vermutlich 2008 in Kraft.

<sup>1143</sup> Backer, Sc.St.L. 2007, S. 49.

<sup>1144</sup> Jedoch ist eine Beweisaufnahme im Verfahrensrecht für das *Høyesterett* nicht vorgesehen, weswegen eine Rückverweisung an die untere Instanz vorkommt.

<sup>1145</sup> Zu den Aufgaben grundlegend Lindblom, Sc.St.L. 2000, S. 325 ff., insb. S. 328 f.

Überprüfung der Streitigkeiten vor *nemnda* (*fylkesnemnda for sosiale saker, pasientskadenemnda, dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet*) der Eingangsinstanz (*tingrett*) vorbehalten, einzig die Entscheidungen des *trygderett* werden von der Berufungsinstanz (*lagmannsrett*) überprüft.

Die praktische Bedeutung der Gerichte für das Sozialrecht ist dagegen relativ gering.<sup>1146</sup> Daten der Gerichtsverwaltung belegen, dass das Aufkommen von Prozessen generell sehr niedrig ist: Die in den Eingangsinstanzen verzeichneten Zahlen für das Jahr 2004 belegen, dass pro Einwohner lediglich 0,0029 Prozesse geführt wurden.<sup>1147</sup> Insgesamt wurden in Norwegen bislang erst 14 (!) sozialversicherungsrechtliche Fragen vom *Høyesterett* endgültig entschieden.<sup>1148</sup> Ebenso waren die allgemeinen Gerichte nur in vereinzelt Fällen mit Rechtsfragen der Gesundheitsversorgung befasst. Eigene Recherchen in den amtlichen Rechtssprechungssammlungen und Urteilsdatenbanken bestätigen, dass die Gesundheitsversorgung nach wie vor ein von den Gerichten wenig durchdrungenes Rechtsgebiet ist. In jüngerer Zeit finden sich lediglich vereinzelt Urteile über Erstattungsansprüche wegen medizinischer Fehlbehandlung.<sup>1149</sup> Seit der Einführung des *pasientrettighetsloven* 1999 wurde etwa noch kein einziges Mal über bestehende Behandlungsansprüche entschieden.<sup>1150</sup>

Ob der geringen Anzahl von Verfahren vor den allgemeinen Gerichten stellt sich die Frage nach der Ursache. Eine klare Antwort hierauf fällt nicht leicht: Für die traditionell „beschränkte Rolle“<sup>1151</sup> der Gerichte in Schweden etwa wird eine „Mischung aus politischen Argumenten für Demokratie, politischen Prinzipien der Gleichheit [und] einen festen Glauben in staatliche Aufsicht und Kontrolle“<sup>1152</sup> anstelle derselben von Gerichten angeführt. Hinzu trete ein „wohlbegründetes Misstrauen“ gegenüber der Bereitschaft der Richter zur Übernahme einer aktiven Rolle im Aufbau des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaates.<sup>1153</sup>

---

<sup>1146</sup> So auch schon Ruhle, SGB 1978, S. 59.

<sup>1147</sup> Demgegenüber erscheint die Prozesslust in Deutschland deutlich größer: Allein die Eingangsinstanzen der ordentlichen Gerichtsbarkeit (ohne Familiengerichte) verzeichneten im gleichen Jahr knapp 2 Millionen Neuzugänge, was 0,24 Prozessen pro Einwohner entspricht. Hinzu kommen die Prozesse, die vor den deutschen Verwaltungs-, Sozial- und Finanzgerichten geführt werden.

<sup>1148</sup> Kjønsstad, Retfærd 2002, S. 11. Zu den prominentesten zählen wohl die oben beschriebenen Verfahren Thunheim (Rt. 1996, 1440 ff.) und Borthen (Rt. 1996, 1415 ff.)

<sup>1149</sup> Vgl. etwa Borgarting lagmannsrett, Urte. v. 18.05.2007 (LB-2006-34508); Frostating lagmannsrett -Urte. v. 30.05.2007 (LF-2007-4689); Eidsivating lagmannsrett, Urte. v. 17.04.2007 (LE-2006-43175); Agder lagmannsrett, Urte. v. 20.02.2007 (LA-2006-154399); Eidsivating lagmannsrett, Urte. v. 12.02.2007 (LE-2006-93911).

<sup>1150</sup> Eine Rechtssprechungsübersicht über fast 20 (!) Jahre liefert der Aufsatz von Syse, L&R 2004, S. 387 ff.

<sup>1151</sup> Lindblom, Sc.St.L. 2000, 330.

<sup>1152</sup> Lindblom, Sc.St.L. 2000, 330.

<sup>1153</sup> Lindblom, Sc.St.L. 2000, 330.

Mögen diese Erklärungen mangels empirischer Nachweise nicht vollends befriedigen, so können sie – ihre Richtigkeit als wahr unterstellt – wohl auch als auf Norwegen übertragbar gelten.

## **XI. Verwaltungsstruktur der Gesundheitsversorgung**

### **1. Zentralstaatliche Ebene**

#### **a) Gesundheitsministerium (*Helse- og Omsorgsdepartement*)**

Das Gesundheitsministerium (*Helse- og Omsorgsdepartement*)<sup>1154</sup> zeichnet für eine gute und gleichwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verantwortlich. In der direkten Gesundheitspolitik sind die wichtigsten Aufgabenbereiche des Ministeriums die Regelung der Versorgung der Bevölkerung mit allgemeinen und speziellen Gesundheitsdienstleistungen sowie die Regelung des Zugangs zu Heil- und Hilfsmitteln und die dazugehörige Aufklärungs- und Informationsarbeit. Daneben trägt das Ministerium für zahlreiche Aufgaben der indirekten Gesundheitspolitik zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands der gesamten Bevölkerung die Verantwortung. Dies betrifft etwa die Alkohol- und Drogenpolitik inklusive der Versorgung von Suchtkranken,<sup>1155</sup> die Kontrolle der biotechnologischen Forschung, aber auch die Ernährungspolitik, die allgemeine Prävention und eine Vielzahl anderer Politikfelder, welche von Relevanz für die Volksgesundheit sind. Für die einzelnen Handlungsfelder der Gesundheitspolitik bestehen derzeit sieben Fachabteilungen.<sup>1156</sup> Das Ministerium ist die fachlich und finanziell verantwortliche oberste Behörde für das Direktorat für Soziales und Gesundheit (*Sosial- og helsedirektorat*), die Staatliche Gesundheitsaufsicht (*Statens helsetilsyn*), das Nationalinstitut für Volksgesundheit (*Nasjonalt folkehelseinstitutt*), die Staatliche Arzneimittelaufsicht (*Statens legemiddelverk*), die Staatliche Strahlenschutzaufsicht (*Statens strålevern*) und die Staatliche Aufsichtsbehörde für Biotechnologie (*Bioteknologienemnda*).

#### **b) Fachbehörden**

Die zahlreichen Aufgaben und Kompetenzen der Vielzahl von Verwaltungskörperschaften des Gesundheitswesens erfordern eine leistungsfähige

---

<sup>1154</sup> Die wörtliche Übersetzung lautet „Ministerium für Gesundheit und Pflege“. Es ist hervorgegangen aus dem Helse- og Sosialdepartement. Vgl. die Informationen des Internetauftritts: [www.hod.dep.no](http://www.hod.dep.no)

<sup>1155</sup> Übernahme dieses Aufgabenfeldes vom Arbeids- og Sosialdepartement vom 01.01.2006 an.

<sup>1156</sup> Folkehelseavdelingen, Kommunitetjenesteavdelingen, Eieravdelingen, Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Helserettsavdelingen, Administrasjonsavdelingen und Budsjett- og økonomiavdelingen.

Koordination. In der Vergangenheit war aber ein Konglomerat von Abteilungen und Unterabteilungen entstanden, welche zum Teil sich überschneidende Aufgabenfelder wahrnahmen. Vielfältig und verwirrend war zudem die verwendete Terminologie: Ein *direktorat* ist nach der gängigen Definition der norwegischen Verwaltungslehre eine eigenständige Verwaltungskörperschaft, die außerhalb der Ministerien angesiedelt ist.<sup>1157</sup> Dem *direktorat* kommt eine eigenständige Regelungsbefugnis in zumindest einem Teil ihrer Aufgabengebiete zu.<sup>1158</sup> Dies unterscheidet sie von ministeriellen Fachabteilungen und führt zu der Charakterisierung als „freistehend“ oder „selbständig“.<sup>1159</sup> Ähnliches gilt für das oder *tilsyn* (wörtlich: Aufsicht).<sup>1160</sup>

In den 1990er Jahren wurden darum Rufe nach einer grundsätzlichen Reform der Gesundheitsverwaltung laut, um die sozial- und gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen und für die zukünftigen fachlichen Herausforderungen gewappnet zu sein.<sup>1161</sup> Vor allem sollte die vorbeugende Gesundheitspolitik ein stärkeres Gewicht erhalten, die Qualität der Gesundheits- und Sozialdienste sollte verbessert werden und die interne Verwaltung sollte gestrafft werden, um doppelte Arbeit einzusparen. Die Strukturreform betraf die Existenz einer Vielzahl bisher bestehender Verwaltungseinheiten. Sie wurden aufgelöst<sup>1162</sup> und ihre Aufgaben wurden auf drei große neu etablierte Abteilungen verteilt.<sup>1163</sup> Damit wurde sicher die Anzahl möglicher Kompetenzkonflikte reduziert. Ob hierdurch die Aufgabenverteilung aber insgesamt klarer wurde, kann bezweifelt werden.

#### **aa) Sosial- og Helsedirektorat**

Von den neu geschaffenen Behörden kommt dem *Sosial- og Helsedirektorat*<sup>1164</sup> die wohl größte Bedeutung zu. Das Direktorat für Soziales und Gesundheit ist die oberste Fachbehörde im Gesundheitswesen. Das *SHDir* ist nach eigener

<sup>1157</sup> Eckhoff/Smith, S.79. Der Begriff „Direktorat“ ist jedoch für die Charakterisierung der Aufgaben nicht entscheidend. Er wird synonym für *verk* oder *tilsyn* verwendet, was den Begriffen „Aufsicht“ bzw. „Kontrolle“ entspricht.

<sup>1158</sup> St.Meld. nr. 17, (2002-03), S.23.; Graver, Forvaltningsrett, S. 161.

<sup>1159</sup> Christensen, S. 43; Eckhoff/Smith, a.a.O.

<sup>1160</sup> Ebenda.

<sup>1161</sup> Innst. S. nr. 325 (2000-2001), S. 79.

<sup>1162</sup> Kgl. res. 21. desember 2001 om Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltning fra 1. januar 2002. Dies betraf die Statens helsetilsyn m/fylkeslegene og Statens autorisasjonskontor, Statens institutt for folkehelse, Statens helseundersøkelser, Statens tobakksskaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Rusmiddeldirektoratet, Etat for rådssekretariatet og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver, Giftinformasjonssentralen, Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording, Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten.

<sup>1163</sup> Innst. S. nr. 325 (2000-2001), a.a.O; Kjekshus, Statsvitenskapelig tidsskrift 2003, S. 449.

<sup>1164</sup> <http://www.shdir.no>

Darstellung „Verwaltungs- und Kompetenzorgan, welches dazu beiträgt, die nationale Gesundheits- und Sozialpolitik durchzuführen<sup>1165</sup>“, womit über die zugeordneten Aufgaben indes noch wenig ausgesagt ist. Die aus der Verwaltungsreform 2002 hervorgegangene Behörde ist „Diener zweier Herren“. Es untersteht einerseits dem Ministerium für Arbeit und Integration (*Arbeids – og inkluderingsdepartement – AID*) und andererseits dem Gesundheitsministerium (*Helse- og Omsorgsdepartement – HOD*). Das *SHDir* führt das Versicherungsrecht einerseits und die Vorschriften der öffentlichen Gesundheitspolitik andererseits aus.

## **bb) Weitere Fachbehörden**

Die Staatliche Gesundheitsaufsicht (*Statens Helsetilsyn*<sup>1166</sup>) ist ein dem Gesundheitsministerium untergeordnetes, inhaltlich jedoch weitestgehend eigenverantwortliches Verwaltungsorgan, welchem durch zahlreiche Gesetze spezielle Aufgaben zugewiesen werden, deren gemeinsamer Charakter als Aufsicht und Kontrolle bezeichnet werden kann.<sup>1167</sup> Die Wurzeln dieser Behörde reichen bis ins Jahr 1809 zurück, als das „Norwegische Gesundheitskollegium“ (*Det norske sundhedskollegiet*) gegründet wurde.<sup>1168</sup> Durch zahlreiche interne Umgruppierungen von Verwaltungsaufgaben wurden diesem Organ im Laufe der Zeit verschiedenste Aufgaben zugewiesen und anschließend wieder abgenommen. Hauptaufgabe von *Statens helsetilsyn* ist heute die Aufsicht über das gesamte medizinische Personal (§ 3 *helsepersonelloven*)

Die Staatliche Arzneimittelaufsicht *Statens legemiddelverk*<sup>1169</sup> ist ein unabhängiges Verwaltungsorgan, welches dem Gesundheitsministerium untersteht. Es ist verantwortlich für die Umsetzung der Vorschriften des Apothekengesetzes (*apotekloven*)<sup>1170</sup> und des Arzneimittelgesetzes (*legemiddeloven*)<sup>1171</sup> und somit für die Versorgung von Verbrauchern und Patienten mit sicheren Arzneimitteln.<sup>1172</sup> Das *legemiddelverk* führt Aufsicht für das gesamte Arzneimittelwesen: Beginnend von der Überwachung der Produktion ist es zuständig für das Zulassungsverfahren, die Importkontrolle und die Preisfestsetzung.

---

<sup>1165</sup> Simonsen/Nylenna, S. 315.

<sup>1166</sup> <http://www.helsetilsynet.no/>

<sup>1167</sup> Vollständige Übersicht der Rechtsgrundlagen und Aufgaben St.meld. nr. 17, S. 112.

<sup>1168</sup> Simonsen/Nylenna, S. 318.

<sup>1169</sup> <http://www.legemiddelverket.no/>

<sup>1170</sup> Lov av 02. juni 2000 nr. 39 om apotek (apotekloven).

<sup>1171</sup> Lov av 04. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven).

<sup>1172</sup> Vollständige Übersicht der Rechtsgrundlagen und Aufgaben St.meld. nr. 17, S. 114.

Die Verantwortung des Nationalinstitutes für Volksgesundheit *Nasjonal folkehelseinstitutt*<sup>1173</sup> wird durch das Gesetz zum Schutz gegen Infektionskrankheiten (*smittevernloven*)<sup>1174</sup> und zahlreiche Verordnungen bestimmt und überwacht – durch Untersuchungen und Auswertung statistischer Daten – den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung.

### c) Reichsversicherungswerk (*Rikstrygdeverket*)

Das Reichsversicherungswerk (*Rikstrygdeverket* - *RTV*) war bis zum Jahr 2006 die zentralstaatliche Instanz der Sozialversicherungsbehörde (*trygdeetaten*). Die Struktur der Volksversicherungsbehörden entsprach dabei nach § 20-1 *folketrygdloven* dem dreistufigen Aufbau der allgemeinen Verwaltung.<sup>1175</sup> Gemäß § 20-1 *folketrygdloven* gliederte sich die Sozialversicherung in *trygdekontorer* auf lokaler Ebene, *fylkestygdekontorer* auf fylkeskommunaler Ebene und das *Rikstrygdeverket* auf oberster, zentralstaatlicher Ebene.

Das *RTV* ging aus der Reichsversicherungsanstalt (*Riksforsikringsanstalten* – *RFA*) hervor, welche im Jahre 1895 als Verwaltungskörperschaft für die in den 1890er Jahren etablierte Unfallversicherung errichtet worden war. Mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1909 wurde der Anstalt auch die Aufsicht über den neuen Versicherungszweig zugewiesen.<sup>1176</sup>

Im Zuge der Neuverkündung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1930 wurde die Anstalt in *Rikstrygdeverket* umbenannt,<sup>1177</sup> womit an die altnordische Bedeutung des Wortes „*trygd*“ angeknüpft wurde, welches soviel wie „versprochene“ bzw. „vereinbarte Sicherheit“ bedeutet.<sup>1178</sup> Zwar war „*forsikring*“ der maßgebliche Terminus vor dem Beginn des 20. Jahrhunderts, doch handelte es sich dabei etymologisch nicht um einen nordischen Begriff, sondern um ein Lehnswort. Bei gleich bleibender inhaltlicher Bedeutung wurde nach der Jahrhundertwende der Begriff „*trygd*“ als nicht unmaßgeblicher Teil des erstarkenden Nationalbewusstseins mehr verwendet<sup>1179</sup> und verdrängte schließlich das alte Wort auch in den offiziellen Bezeichnungen.

### d) Arbeids- og Velferdsforvaltning

Die bisherige Struktur der Wohlfahrtsverwaltung sah im wesentlichen eine Dreiteilung in Arbeitsmarktverwaltung (*AETAT*), Sozialversicherungsverwaltung

---

<sup>1173</sup> <http://www.fhi.no/>

<sup>1174</sup> Lov av 05. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.

<sup>1175</sup> NLK-ftrl-Narvland, § 20 Anm. 1120.

<sup>1176</sup> NLK-ftrl-Narvland, § 20 Anm. 1122.

<sup>1177</sup> Innst. O, XVI-1930, S.3.

<sup>1178</sup> Bruusgaard, Tidsskrift Norske Lægeforening 2002, S. 1501.

<sup>1179</sup> Bjørnson/Haavet, S. 21.

(RTV) und die Verwaltung der Sozialhilfe (*sosiale tjenester*) vor, die mit der Gesundheitsverwaltung i.e.S. an zahlreichen Stellen verknüpft war.

Mit Wirkung vom 01.07.2006 wurde die „Neue Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung“ (*Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning*) begründet und damit eines der zentralen Vorhaben in der Verwaltungsstruktur des norwegischen Wohlfahrtsstaates zum Abschluss gebracht. Nunmehr sind die Arbeitsmarktverwaltung *AETAT* und die Verwaltung der Sozialversicherung *trygdeetaten* unter dem Dach der Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung zusammengefasst. Sinn und Zweck der Zusammenlegung beider Verwaltungszweige ist die Bestrebung nach mehr Einheitlichkeit. Der Sozialleistungsberechtigte und sein individueller Bedarf sollen im Zentrum der Bemühungen stehen.<sup>1180</sup>

Zur rechtstechnischen Umsetzung dieser Reform<sup>1181</sup> bediente man sich eines eigenständigen Organisationsgesetzes. Hintergrund dieser Entscheidung war, dass das gegenwärtige *folketrygdloven* unter anderem Geld- und Sachleistungsansprüche für Arbeitslose begründete, jedoch weder zur Organisationsstruktur von *AETAT* noch zur Arbeitsmarktpolitik insgesamt keine Vorgaben machte. Umgekehrt hatte ein neu gefasstes Arbeitsförderungsrecht lediglich den beschäftigungspolitischen Teil der neuen gemeinsamen Verwaltung zu regeln vermocht, während für die Organisationsregeln für den „sozialversicherungsrechtlichen“ Teil der neuen gemeinsamen Verwaltung ein eigenständiges Gesetz zu schaffen gewesen wäre. Ein neues Gesetz, welches die gemeinsame Organisation beider vormaliger Verwaltungen neu regeln sollte, verblieb folglich als einzig praktikable Lösung.<sup>1182</sup> Durch das *Gesetz über die Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung*<sup>1183</sup> wurden die beiden bisherigen Verwaltungsträger auf zentralstaatlicher Ebene zusammengelegt (§ 3).

## 2. Fylkeskommunale Ebene

Die administrativen Aufgaben der Provinzen im Gesundheitswesen sind in Folge der Krankenhausreform 2002 stark vermindert. Die Aufsichtsbehörde (*Helsetilsynet i Fylkene*) nimmt auf fylkeskommunaler Ebene die Aufsicht über das Berufsrecht nach dem *helsepersonellloven* wahr.<sup>1184</sup> Zudem sind auf dieser

---

<sup>1180</sup> Ot.prp.nr. 47 (2005-2006), S. 19.

<sup>1181</sup> Zur Umsetzung vgl. Lov av 17. juni 2005 nr. 61 om interimorganisering av ny arbeids- og velferdsetat.

<sup>1182</sup> Ot.prp.nr. 47 (2005-2006), S. 18.

<sup>1183</sup> Lov av 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven).

<sup>1184</sup> Zur Vereinheitlichung der Verwaltungsstruktur wurde das Amt des fylkeslege als eigenständiges Verwaltungsorgan aufgelöst und in das Amt des fylkesmannes integriert.

Ebene sogenannte *NAV-Hjelpemiddelsentraler* zur Versorgung der Bevölkerung mit Hilfsmitteln angesiedelt.

### 3. Kommunale Ebene

Die Zusammenlegung des *AETAT* und des *trygdeetat* wird nach außen, d.h. für den Berechtigten vor allem dadurch erkenntlich, dass sie zur Zusammenlegung der lokalen *AETAT*-Büros (*AETAT i distriktet*) und der lokalen *trygdekontorer* führt.

Trotz der oben beschriebenen Verwaltungsreform bleibt es zunächst bei einer grundsätzlichen Aufgabentrennung zwischen Staat (*Arbeids- og velferdsetaten*) und Kommune (*sosialtjenesten*). Nicht zuletzt wegen des Nachrangprinzips der kommunalen Sozialhilfe gegenüber Sozialversicherungsleistungen ist auf kommunaler Ebene eine enge Zusammenarbeit und gegenseitige Information beider Verwaltungszweige notwendig. Perspektivisch soll für den Berechtigten jedoch soll nach Möglichkeit *eine* zentrale Anlaufstelle (*førstelinjetjenesten*) für *alle* sozialen Leistungen bestehen, gleich ob diese auf sozialversicherungsrechtlichen oder sozialhilferechtlichen Ansprüchen gründen. Aufgrund der weiter bestehenden unterschiedlichen Kompetenzen bedarf es für ein einheitliches Auftreten dem Berechtigten gegenüber eines Umweges über Verwaltungskooperationen zwischen dem kommunalen und dem staatlichen Träger.<sup>1185</sup>

## XII. Finanzierung

Die Ausgaben des norwegischen Gesundheitssystems werden aus Steuern (*skatter*) und Versicherungsabgaben (*avgifter*) bestritten. Die Grenze zwischen beiden Einnahmequellen ist kaum noch erkennbar, da sich der Charakter der Versicherungsabgaben von ursprünglichen Beiträgen hin zu zweckgebundenen Haushaltsmitteln gewandelt hat. So weist der jährliche Haushaltsplan des *Storting* die *folketrygdavgifter* als Haushaltsposten aus. Organisatorisch gelten sie als Teil des Steuersystems, ihr Einzug erfolgt durch die Finanzverwaltung. Die Volksversicherungsabgaben haben also den Charakter einer zweckgebundenen – aber zugleich niemals für die gesamten Leistungspflichten der *folketrygd* ausreichenden – Steuer (*social security tax*).

---

Vgl. Lov av 29. august 2003-nr. 87 om endringar i forskjellige lover som følge av integrering av fylkeslegeembeta i fylkesmannsembeta.

<sup>1185</sup>

Ot. prp. nr. 47 (2005-2006), S. 36.



## 1. Finanzierung durch Steuern

Den größten Anteil der Kosten des Gesundheitswesens mit mehr als 2/3 der Finanzierungslast tragen Staat, Provinzen und Kommunen<sup>1186</sup> aus allgemeinen Steuern. In der Primärversorgung werden Steuermittel für Lohnkosten bzw. für Betriebskostenzuschüsse an niedergelassene Leistungserbringer verwendet. Der überwiegende Teil des Steueraufkommens für das gesamte Gesundheitswesen wird in der speziellen Versorgung und dort vor allem zur Krankenhausfinanzierung benötigt.

## 2. Krankenhausfinanzierung

### a) Finanzierung durch Tagessätze - kurpengesystem

Das ursprüngliche Finanzierungssystem der stationären Einrichtungen wurde als *kurpengesystem* bezeichnet. Dieser Finanzierungsmodus reicht in seinen Ursprüngen zurück bis zum Beginn des modernen Krankenhauswesens. Bis 1940 legten die Krankenhäuser eigenverantwortlich Tagessätze fest. Die Tagessätze waren von den Krankenkassen zu zahlen; ihre Höhe wurde so bemessen, dass die prognostizierten Betriebsausgaben gedeckt waren. Ab 1940 unterfielen die Krankenhausentgelte der allgemeinen kriegswirtschaftlichen Preisfestsetzung und wurden von einer zentralstaatlichen Behörde (*Prisdirektorat*) verbindlich bestimmt. Diese Ordnung erhielt sich über das Ende des Zweiten Weltkrieges hinaus, erwies sich jedoch als zunehmend außerstande, die Betriebskosten zu decken, welche durch die gestiegenen Lohn- und Ausstattungskosten sprunghaft angestiegen waren. Im Jahre 1947 wurde die Preisfestsetzung modifiziert. Das *Prisdirektorat* teilte die Krankenhäuser in drei Preisklassen ein, um deren Einnahmen an die gestiegenen Betriebskosten anzupassen. Im Jahre 1964 wurde die Klassifizierung in sieben Preisklassen ausdifferenziert und zugleich vorgesehen, dass sich die Eingruppierung an der von der Einrichtung geleisteten Qualität bemessen sollte.<sup>1187</sup> Als Qualitätsmaßstäbe galten Ausbau bzw. Ausstattung der Labore und der Grad der Spezialisierung. Diese Anreize wirkten der Erhöhung der Bettenzahl entgegen, lösten jedoch nicht das Problem der chronischen Unterfinanzierung der Einrichtungen.<sup>1188</sup> Trotz mehrfacher Erhöhung der Tagessätze mussten die Krankenhausträger in den folgenden Jahren einen immer größeren Eigenanteil an den Betriebskosten selbst aufbringen.

---

<sup>1186</sup> Für das Jahr 2004 betrug der Anteil 69%.

<sup>1187</sup> Ot. prp. nr. 36 (1967-68).

<sup>1188</sup> Nerland, Tidsskrift Norske Lægeforening, 2001, S. 2984.

Das Krankenhausgesetz von 1969 (*sykehusloven*) änderte den Finanzierungsmodus. Das Gesetz sah eine Mischfinanzierung aus Tagessätzen und Globalzuweisungen vor.  $\frac{3}{4}$  der Krankenhausbetriebskosten sollten durch vom Reichsversicherungswerk (*RTV*) geschuldete Tagessätze finanziert werden, der Rest war aus den Provinzialhaushalten zu bestreiten. Ursprünglich war vorgesehen, den Kostenanteil der Provinzen um weitere 10 % zu Lasten der Volksversicherung zu vermindern. Durch eine Gesetzesänderung im Jahre 1973 wurde die bestehende Aufteilung eingefroren, da die praktischen Erfahrungen im Umgang mit dem Gesetz gezeigt hatten, dass eine Absenkung des von den Provinzen zu tragenden Kostenteiles einen bereits bestehenden Fehlanreiz verstärken würde. Das Grundproblem lag darin, dass die den Einrichtungen entstehenden Kosten in den ersten Tagen des Patientenaufenthaltes relativ höher waren als in den nachfolgenden. Folglich blieben die Krankenhäuser weiter motiviert, zur Erzielung höherer Einnahmen die durchschnittliche Liegedauer auszudehnen.<sup>1189</sup> Ein niedrigerer *fylkeskommunal*er Anteil schien offenkundig nicht geeignet, die Einrichtungen zum Sparen anzuregen.<sup>1190</sup>

Der Anteil der vom Reichsversicherungswerk (*RTV*) zu tragenden Betriebskosten verblieb so zwar bei 75 %. Allerdings setzte sich dieser Anteil nunmehr aus einer Festpreiskomponente (70 %) und einem auf Tagessätzen basierenden Teil von 30 % zusammen. Hierdurch sank der Anteil der tagessatzabhängigen Einnahmen der Krankenhäuser auf unter ein Viertel, wovon man sich eine Verkürzung der durchschnittlichen Liegedauer versprach. Man hoffte, die Krankenhäuser würden künftig „weniger Geld damit verdienen, die Betten warmzuhalten.“<sup>1191</sup>

Daneben wurden kurz nach dem Inkrafttreten des Krankenhausgesetzes weitere Korrekturen durchgeführt. Die ursprüngliche Fassung des Krankenhausgesetzes bestimmte, dass erzielte Gewinne der Einrichtungen vollumfänglich an die *fylker* zurückzuzahlen waren, wogegen umgekehrt die Verluste nur zu 50 % zu erstatten waren.<sup>1192</sup> Folglich waren die Kliniken wenig bemüht, überdurchschnittliche Gewinne zu erzielen. Der geschaffene Fehlanreiz wurde kurz darauf erkannt und die betreffende Regelung im Gesetz gestrichen, jedoch kurz darauf wieder eingefügt.<sup>1193</sup>

## **b) Finanzierungen durch Rahmenzuschüsse**

---

<sup>1189</sup> Piro, HERO 2004, S. 23.

<sup>1190</sup> NOU 1977:22.

<sup>1191</sup> St. meld. nr. 9, 1974-75, S. 32.

<sup>1192</sup> Schiøtz, Bind II, S. 380.

<sup>1193</sup> Später wurde die Neuregelung wieder rückgängig gemacht, um die fylkeskommunalen Haushalte zu entlasten. Ot. prp. nr. 61, 1971-72 Om lov om endring i lov av 19.juni 1969 om sykehus, a.a.O.

Im Jahre 1977 wurde das Finanzierungsmodell abermals verändert. Um die Eigenverantwortung der Krankenhausträger zu stärken, wurde die Finanzierungsquote der Volksversicherung von 75 % auf 50 % abgesenkt.<sup>1194</sup> Zugleich sollte das bisherige *kurpengesystem* durch ein Rahmenfinanzierungsmodell abgelöst werden.<sup>1195</sup> War das *kurpengesystem* nach dem Kriegsende als ein Anreiz für die Krankenhausträger gedacht, zusätzliche Behandlungskapazitäten zu schaffen,<sup>1196</sup> konnte dieses Ziel Mitte der 1970er Jahre als erfüllt gelten. Nebenfolge der verbesserten Versorgung war jedoch eine Kostenentwicklung, gegen die zwar zahl-, aber wenig erfolgreiche Maßnahmen ergriffen worden waren. Das Parlament beschloss darum einen endgültigen Abschied vom bisherigen Finanzierungssystem.

Von 1980 an wurde an die *fylker* ein fester Rahmenzuschuss bewilligt, dessen Höhe sich nach Kriterien wie der Bevölkerungsdichte, der Altersstruktur und dem Pro-Kopf-Einkommen der Einwohner bemaß.<sup>1197</sup> Die Zahlungen erfolgten von nun an nicht mehr aus dem Budget der Volksversicherung.<sup>1198</sup> Stattdessen war die jeweilige Provinz verpflichtet, die Kosten der Gewährung für die Behandlung aller ihrer Einwohner zu tragen. Zudem schuldete sie Erstattung der Kosten an andere *fylker* oder an die staatlichen Krankenhäuser, wenn die Patienten die Grenzen des *fylke* überschritten hatten, um sich dort in Behandlung zu begeben (*gjestepasienter*).<sup>1199</sup> Durch das neue Finanzierungsmodell sollte dem Staat ein verbessertes Instrument zur Ausgabensteuerung an die Hand gegeben werden. Daneben sollte die – zuvor geförderte – Ausbautätigkeit der Einrichtungen gebremst werden.

Auch die Rahmenfinanzierung erwies sich in den 1980er und 1990er Jahren nicht als frei von Fehlanreizen. Vor allem wurde kritisiert, dass dieses Modell nicht geeignet sei, die Produktivität der Einrichtungen zu erhöhen. Als Vorteile des Modells konnten hingegen die Einfachheit und Einheitlichkeit verbucht werden. Die Erwartung verbesserter Kostenkontrolle wandelte sich in die Feststellung, dass die Kosten stetig anstiegen. Von Kostenkontrolle im Sinne einer

---

<sup>1194</sup> Ot. prp. nr. 32, 1975-76; NOU 1977:22, S. 61.

<sup>1195</sup> Ot. prp. nr. 32, 1975-76.

<sup>1196</sup> Nerland, Tidsskrift Norske Lægeforening, 2001, S. 2984.

<sup>1197</sup> Ot. prp. nr. 1 (1978-79).

<sup>1198</sup> Nerland, Tidsskrift Norske Lægeforening, S. 121. Für einzelne Leistungen schuldete die folketrygd allerdings weiterhin Kostenerstattung. Dies galt z.B. für den Krankentransport, chiropraktische Behandlung, Hilfsmittel und Krankenpflegeprodukte. Vgl. NAV Rundskriv til Kap. 5 folketrygdloven - Generell Rundskriv.

<sup>1199</sup> NOU 1987:25, S. 83.

Einwirkungsmöglichkeit konnte kaum eine Rede sein. Darum erwog die Regierung eine abermalige Änderung des bestehenden Finanzierungssystems.<sup>1200</sup>

### **c) Heutiger Finanzierungsmodus**

Der Staat trägt sowohl die Betriebs-, als auch die Investitionskosten für stationäre Einrichtungen und verwendet hierzu Steuermittel. Die Finanzierung aus Beitragsmitteln der Volksversicherung ist demgegenüber in den Hintergrund getreten; sie ist nur noch in Ausnahmefällen von Bedeutung und trägt somit nur noch einen Bruchteil der gesamten Kostenlast. Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung und somit als Ausnahme im System müssen die Einrichtungen auf Eigenanteile der Patienten für die stationäre Behandlung verzichten - die Inanspruchnahme stationärer Krankenbehandlung ist derzeit kostenfrei.

Die Gesamtsumme der vom Staat an die regionalen Versorgungsträger (*RHF*) durch übermittelten Gelder betrug im Jahre 2003 ca. 54,1 Mrd. NOK (6,82 Mrd. €). Sie setzt sich aus einer leistungsbezogenen und einer nicht-leistungsbezogenen Komponente zusammen. Etwa ein Drittel der Summe bemisst sich nach den von den einzelnen Krankenhäusern in Rechnung gestellten Fallpauschalen (*innsatsstyrt finansering (ISF)*). Den mit etwa zwei Dritteln größeren Teil der Einnahmen machen hingegen die staatlichen Rahmenbewilligungen (*basisbevilgning*) aus.

#### **aa) Fallpauschalensystem ISF**

In zahlreichen Industrieländern hat sich in den vergangenen Jahrzehnten der Abrechnungsmodus für die Versorgung mit medizinischen Behandlungsleistungen erheblich verändert. Standardisierte Behandlungsmethoden ermöglichen eine Abrechnung nach Fallpauschalen und eine Abkehr von der Abrechnung nach der Liegedauer der Patienten. Für die Bewertung des Behandlungsaufwands und die Kostenberechnung hat sich die Übernahme eines Systems durchgesetzt, welches ursprünglich an der *YALE-University* als Instrument zur Leistungs- und Kostensteuerungsmessung und zur Qualitätssicherung entwickelt worden war. Grundgedanke dieses Systemes ist, vergleichbare medizinische Fälle mit ähnlichen Behandlungskosten in diagnosebezogene Fallgruppen - *Diagnostic Related Groups* - zusammenzufassen. In der jüngeren Vergangenheit wurde dieses Klassifizierungssystem fortwährend ausdifferenziert und setzte sich in zahlreichen Staaten durch.<sup>1201</sup>

---

<sup>1200</sup> St. meld. nr. 44 (1995-1996).

<sup>1201</sup> NOU 2003:1, S. 95.

In Norwegen wurde den Provinzen als damaligen Krankenhausträgern die Einführung eines DRG-Systems aktivitätsbezogene Vergütung (*innsatsstyrt finansering* - *ISF*) ab dem Jahr 1997 als Alternative zum bestehenden Modus eingeräumt.<sup>1202</sup> Die Einrichtungen konnten zunächst entweder bei dem bisher üblichen Vergütungssystem (nach der Liegedauer der Patienten) verbleiben, oder aber zum Fallpauschalensystem wechseln. Bis ins Jahr 2001 hatten sich die Provinzen sämtlich für eine Abrechnung nach diagnosebezogenen Fallgruppen entschieden. Mitterweile ist das *ISF*-System zwingendes Abrechnungssystem für alle öffentlichen und privaten Einrichtungen. Damit erfolgt für jedwede stationäre Patientenbehandlung eine Abrechnung nach Fallpauschalen. Anamnese und Diagnostik führen zur Klassifizierung der Erkrankung nach dem ICD-10-Katalog (*International Classification of Diseases*). Die Behandlung wird hernach als *DRG* kategorisiert. Jede *DRG* hat ein bestimmtes Kostengewicht, welches sich aus dem Verhältnis des relativen Ressourcenverbrauchs dieser Patientengruppe zum Durchschnittspatienten ergibt.<sup>1203</sup> Aus dem relativen Kostengewicht und der *DRG*-Klassifizierung errechnet sich die Fallpauschale (*stykkpris*), welche das Krankenhaus gegenüber dem Staat für die Behandlung geltend machen kann.

#### **bb) Basiszuschuss**

Der Basiszuschuss (*basisbevilgning*) ist ein von einzelnen Aktivitäten unabhängiger Zuschuss des Staates an die regionalen Versorgungsträger (*RHF*) und deckt auch nach Einführung des *ISF*-Systems den überwiegenden Teil der Einrichtungskosten. Der Basiszuschuss besteht wesentlich aus Mitteln zur Deckung der Investitionskosten für Bau und Einrichtung der Kliniken. Einen geringeren Anteil machen indes zweckgebundene Zuweisungen (*øremerkede tilskudd*) für bestimmte Aufgaben aus.<sup>1204</sup>

#### **d) Sonderregeln für poliklinische Tätigkeit**

Die poliklinische Tätigkeit der Kliniken unterliegt im Hinblick auf die Finanzierung abweichenden Regeln.<sup>1205</sup> Wurden solche Leistungen früher von der *folketrygd* getragen, hat der Staat im Jahre 1992 auch für diese Leistungen der speziellen Versorgung die Kostenlast übernommen. Die Leistungsabrechnung verblieb dabei aus organisatorischen Gründen bei den

---

<sup>1202</sup> Für Norwegen sind die NordDRG verbindlich, welche ab 1995 in Zusammenarbeit mit den anderen nordischen Staaten erarbeitet wurden. Es handelt sich dabei um eine Modifikation der US-amerikanischen HCFA-DRG Version 12.

<sup>1203</sup> NOU 2005: 3, S. 32.

<sup>1204</sup> Näher hierzu NOU 2003:1, S. 43 ff.

<sup>1205</sup> Hierzu im Detail St. meld. nr. 5 (2003-2004), S. 32 ff.

Sozialversicherungsbehörden (*RTV/AV*).<sup>1206</sup> Die Einrichtungen stellen für die jeweiligen Leistungen festgelegte Entgelte in Rechnung, deren Höhe einseitig durch das Gesundheitsministerium festgesetzt wird.<sup>1207</sup> Die dem Staat via *RTV/AV* in Rechnung gestellten Beträge fließen - im Gegensatz zur normalen Krankenhausfinanzierung - den einzelnen Einrichtungen direkt zu.<sup>1208</sup> Zudem können von den Patienten für die poliklinische Behandlung Eigenanteile verlangt werden.

#### **e) Künftiger Reformbedarf**

Die Reform des Krankenhauswesens 2002 wird in ersten Evaluationen als prinzipiell geglückt angesehen.<sup>1209</sup> Gleichwohl besteht weiterer Erneuerungsbedarf. Gegenwärtig arbeiten alle regionalen Versorgungsträger mit erheblichen Verlusten. Das Ziel der Kosteneinsparung konnte mit der Reform des Krankenhauswesens bislang nicht erreicht werden.

Eine Kommission um den Gesundheitsexperten *Hagen* legte im Jahre 2003 ein Gutachten vor, welches alternative Finanzierungsmodelle auf den Prüfstand stellte.<sup>1210</sup> Deren Minderheit schlug vor, das gegenwärtige Mischfinanzierungssystem aus Basiszuschüssen und Fallpauschalen im Grunde bestehen zu lassen, es aber behutsam fortzuentwickeln. Die Mehrheit der Kommission sprach sich hingegen dafür aus, die gegenwärtige Mischfinanzierung abzuändern. Über die Vorzugswürdigkeit der leistungsbezogenen Finanzierungskomponente bestand Einigkeit, obwohl der Kommission bewusst war, dass auch dieses Modell Missbrauchsmöglichkeiten ermöglicht.<sup>1211</sup> Das vorgeschlagene Modell sieht vor, die Summe der nach Fallpauschalen abgerechneten Komponenten zu deckeln. Damit soll den Einrichtungen die Möglichkeit genommen werden, Behandlungen - entgegen den Regeln des *DRG*-Systems - so zu kodieren, dass höhere Entgelte abgerechnet werden können (sog. *DRG-creeping*).<sup>1212</sup> Zudem ist nach Erhebungen des staatlichen Rechnungshofes (*Riksrevisjonen*) die *DRG*-Code-Qualität verbesserungswürdig.<sup>1213</sup>

Um Missbrauch zu vermeiden, soll zukünftig in einem ersten Schritt die Gesamtsumme der Haushaltsmittel, welche an die regionalen Versorgungsträger und die übrigen Dienstleister gezahlt wird, frühjährlich vom Parlament festgelegt

---

<sup>1206</sup> Brandtzæg/Ellingsen, S. 61.

<sup>1207</sup> NOU 2003:1, S. 98.

<sup>1208</sup> NOU 2003:1, S. 97.

<sup>1209</sup> Agenda/Muusmann, S. 239 ff.

<sup>1210</sup> NOU 2003:1 - Behovsbasert finansering av spesialisthelsetjenesten.

<sup>1211</sup> St. Meld. nr. 5 (2003-2004) S. 17.

<sup>1212</sup> Christensen/Lægreid/Stigen, Rokkan Centre Working Paper 17 - 2004, S. 22 ff.

<sup>1213</sup> Innst. S. nr. 198 (2005-2006).

werden. Das Gesundheitsministerium soll hiernach die Mittel entsprechend des Bedarfs der einzelnen Gesundheitsregionen an die jeweiligen *RHF* auskehren.

### 3. Finanzierung durch Volksversicherungsbeiträge

#### a) Allgemeines zum Volksversicherungsbeitrag

Beiträge zur Volksversicherung *folketrygd* spielen im Hinblick auf die Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems nur noch eine untergeordnete Rolle. Zeitweise wurde gar erwogen, die Kosten der Gesundheitsversorgung vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren und entsprechend die Leistungspflichten der *folketrygd* im Versicherungsfall „Krankheit“ gänzlich abzuschaffen.<sup>1214</sup>

Die gesamte Versichertengemeinschaft in den Blick genommen, beträgt der Anteil des Aufkommens aus Sozialversicherungsbeiträgen für die Finanzierung des Gesundheitswesens aus den Globalzuweisungen der Volksversicherung an Leistungserbringer und Patienten ca. 15 %.

Mit der Begründung der öffentlichen Versicherungen durch das Unfallversicherungsgesetz von 1894<sup>1215</sup> und das Krankenversicherungsgesetz von 1909<sup>1216</sup> hielt die Beitragsfinanzierung Einzug. Je nach versichertem Risiko waren neben den Versicherten selbst auch ihre Arbeitgeber zur Beitragszahlung verpflichtet. Der Umfang dieser Pflicht reichte etwa von einer geringen Beteiligung bei der Krankenversicherung bis hin zur Tragung des Gesamtbeitrages bei der Unfallversicherung. Zumindest für letzteren Versicherungszweig erklärt sich die alleinige Beitragspflicht des Arbeitgebers historisch aus der Ersetzung der vormals bestehenden Gefährdungshaftung des Arbeitgebers durch eine Sozialversicherung, mit anderen Worten aus der Umwandlung der Schadensersatzpflicht in eine Pflicht zur Beitragszahlung.

Eine hälftige Tragung des Beitragssatzes durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bestand im Unterschied zur Konzeption der deutschen Sozialversicherung jedoch in keinem Versicherungszweig. Besonders im Krankenversicherungsrecht war eine Beitragsparität niemals vorgegeben, der Beitragsanteil des Arbeitgebers lag vielmehr deutlich unter dem des Arbeitnehmers. So sah § 31 Nr. 5 *syketrygdloven* (1909) einen Arbeitgeberbeitragsanteil von 1/10 und einen Versichertenbeitrag von 6/10 des Gesamtbeitrags vor, wogegen der Rest vom Arbeitnehmer und der Kommune aufzubringen war.

---

<sup>1214</sup> Kolberg, S. 57.

<sup>1215</sup> Vgl. dazu oben S. 20.

<sup>1216</sup> Vgl. dazu oben S. 23.

Begrifflich wäre heute eine Unterteilung in Arbeitnehmeranteil und Arbeitgeberanteil unscharf, denn sie vermittelt den Eindruck, dass lediglich vom Lohn der Arbeitnehmer Beiträge an die Volksversicherung abzuführen wären. Das Krankenversicherungsgesetz von 1909 konnte seinerzeit diese Begriffe unbefangen verwenden, sicherte es doch ursprünglich nur die einkommensschwachen Arbeiter. Personen, die ihr Einkommen aber aus selbständiger Tätigkeit bezogen, waren hingegen nicht vom Anwendungsbereich des Gesetzes umfasst. Die Erweiterung des Kreises der Versicherten zunächst um einzelne Bevölkerungsgruppen, später gar auf die gesamte Bevölkerung machte auch einen terminologischen Wandel notwendig. Das *folketrygdloven* verwendet darum heute die Begriffe *trygdeavgift* (Versicherungsbeitrag) und *arbeidgiveravgift* (Arbeitgeberbeitrag).

Als die bis dahin eigenständigen Unfall- und Krankenversicherungsordnungen in den Jahren 1967 bzw. 1971 in das *folketrygdloven* integriert wurden, wurde für die Ausgaben im Zusammenhang mit dem Eintritt eines der beiden Risiken ein so genannter *sykedel*, d.h. Krankenanteil am Gesamtversicherungsbeitrag eingeführt.<sup>1217</sup> Davon zu unterscheiden war der Anteil am Versicherungsbeitrag, welcher zur Finanzierung der Rentenversicherungsleistungen zu entrichten war, der so genannte *pensjonsdel*. Ende der 1980er Jahre wurde der Anteil für die beiden erstgenannten Versicherungszweige in „*helsedel*“ umbenannt, Regelung und Berechnung blieben jedoch davon unberührt.<sup>1218</sup>

Es lässt sich feststellen, dass die Beiträge zur Volksversicherung (*folketrygdavgifter*) nicht mehr dem herkömmlichen Verständnis von Versicherungsbeiträgen entsprechen. Es handelt sich um spezifische Sozialversicherungssteuern, die im zunehmenden Maße in das allgemeine Haushaltsrecht des Zentralstaates übernommen wurden.<sup>1219</sup> Auch eine Zweckbindung als typisches Kennzeichen von (Sozialversicherungs-) Beiträgen besteht nur noch in geringem Umfang, da das Haushaltsrecht keine besonderen Schutzvorschriften für den Haushaltstitel *folketrygd* vorsieht.

Hinzu kommt ein weiteres: Die Volksversicherung könnte ihre Aufgaben nicht ohne die Staatszuschüsse – ebenfalls aus Steuermitteln – erfüllen. Eine Finanzierung der Volksversicherung ausschließlich aus Beitragsmitteln war auch niemals angedacht.<sup>1220</sup> Bereits als die Versicherung in den 1960er Jahren etabliert wurde, war klar, dass eine Teilfinanzierung des Systemes durch Steuermittel

---

<sup>1217</sup> Vgl. Lov av 17. juni 1970 nr. 67.

<sup>1218</sup> Vgl. Lov av 09. januar 1987 nr. 7.

<sup>1219</sup> EFTA-Überwachungsbehörde in der Entscheidung Nr. 165/98/KOL, Abl. EG L 327 S. 3.

<sup>1220</sup> Kolberg, S. 74 ff.



unumgänglich sein würde. Dies galt insbesondere wegen der Versicherungsleistungen im Krankheitsfall, da sich der Anteil des *sykedel* am Gesamtversicherungsbeitrag angesichts rasch steigender Kosten im Gesundheitswesen als unzureichend erwies.<sup>1221</sup>

## **b) Festsetzung der Beiträge**

Im norwegischen Recht werden die Beiträge für Arbeitgeber unabhängig von den Versichertenbeiträgen durch den Gesetzgeber festgesetzt (§ 23-2 Abs. 12 S.1 *folketrygdloven*). Die in der deutschen Debatte um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems regelmäßig auftauchende Reizwort der paritätischen Beitragstragung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer und deren kritisierte Folge, der hohen Kosten des Faktors Arbeit, ist somit in der politischen Debatte Norwegens nicht derart präsent. Dies bedeutet andererseits jedoch nicht, dass die Festsetzung genau wie mögliche Erhöhungen der einzelnen Beitragsanteile für Versicherte und Arbeitgeber nicht auch dort Gegenstand der politischen Diskussion wären.

## **c) Versichertenbeitrag (trygdeavgift)**

Im heutigen Recht ist die Liste der beitragspflichtigen Einkommensarten nahezu allumfassend. Abgabepflichtig ist im Grundsatz jedwedes Einkommen aus unselbständiger und selbständiger Arbeit und daneben auch zahlreiche Sozialleistungen, wie etwa Alters-, und Erwerbsunfähigkeitsrenten sowie bestimmte Familienleistungen.<sup>1222</sup>

Der Beitragssatz für die einzelnen Einkommensarten unterschiedlich hoch und dreifach gestaffelt. Ein niedriger Satz (*lav sats*) von zurzeit 3% ist auf gesetzliche Altersrenten, auf Betriebsrenten und entsprechende Abfindungen zu entrichten und wird umgangssprachlich als der „Rentensatz“ (*pensjonssats*) bezeichnet. Auf das Einkommen der 17- bis 68-Jährigen aus selbständiger oder unselbständiger Arbeit ist der „mittlere“ Satz (*mellomsats*), bzw. „Lohnsatz“ (*lønnsats*) von 7,8% zu entrichten. Mit dem erhöhten Satz (*høy sats*) werden schließlich alle nicht von § 23-2 Nr.1 und 2 *folketrygdloven* erfassten Einnahmen belegt, was Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit und aus Gesellschaftsbeteiligungen betrifft. Im Gegensatz zum deutschen Recht existiert keine Beitragsbemessungsgrenze. Hohe und höchste Einkommen werden vielmehr unbegrenzt belastet, was wiederum kennzeichnend für den hohen Dekommodifikationsgrad des norwegischen Wohlfahrtsstaates ist.

---

<sup>1221</sup> Kolberg, S. 76.

<sup>1222</sup> § 23 Nr.1 *folketrygdloven* i.V.m. § 12-2 *skatteloven*.

## **d) Arbeitgeberbeitrag (arbeidgiveravgift)**

### **aa) Allgemeines**

Die Volksversicherungsbeiträge der Arbeitgeber sind neben der Mehrwertsteuer „die größte Einnahmequelle des Zentralstaates“<sup>1223</sup>. Das *folketrygdloven* erlegt dem Arbeitgeber eine eigene Beitragspflicht entsprechend des Lohnes bzw. der gewährten Naturallohnbestandteile auf (§ 23-2 *folketrygdloven*).<sup>1224</sup> Es verweist zu diesem Zwecke auf das Einkommensteuerrecht, d.h. auf das Gesetz über die Besteuerung von Vermögen und Einkommen (*skatteloven*)<sup>1225</sup>.

Grundsätzlich gilt, dass ein Lohnbestandteil immer dann mit der Beitragspflicht verknüpft ist, wenn darauf Steuern zu entrichten sind. Ausnahmen können sich etwa dann ergeben, wenn das steuerrechtliche Statut des Arbeitnehmers und das versicherungsrechtliche Statut auseinanderfallen. Dies ist etwa bei Arbeitsverhältnissen mit Auslandsberührung der Fall. Ist z.B. ein Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber nach Norwegen entsandt worden, um dort eine zeitlich befristete Tätigkeit durchzuführen, besteht im europäischen koordinierenden Sozialrecht eine Ausnahme vom Beschäftigungslandprinzip. Damit bleibt die Entsendung ohne Folgen für das bisherige Sozialversicherungsstatut des Arbeitnehmers (Art. 14 Nr. 1 a) VO (EWG) 1408/71)<sup>1226</sup>. Da sich die Steuerpflicht regelmäßig nach dem Arbeitsortprinzip beurteilt, wechselt bei einer Entsendung aufgrund bestehender Doppelbesteuerungsabkommen der Ort der Besteuerung. Danach erfolgt die Besteuerung grundsätzlich in dem Staat, in dem die Arbeit auch physisch ausgeübt wird. Sieht die VO (EWG) 1408/71 bei Arbeitnehmern eine voraussichtliche Entsendungsdauer von 12 Monaten als Grenze vor, bestimmen die Doppelbesteuerungsabkommen regelmäßig kürzere Fristen. Mithin kann ein in Norwegen tätiger Arbeitnehmer steuerpflichtiges Einkommen nach norwegischem Recht erzielen, ohne dass für seinen Arbeitgeber hierfür ein Arbeitgeberbeitrag zur Volksversicherung anfällt.

### **bb) Differenzierte Arbeitgeberbeiträge**

#### **(1) Regionales Staffelmodell**

Eine landesweit einheitliche Höhe für den Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung existiert nicht. Der Arbeitgeberanteil ist vielmehr regional

---

<sup>1223</sup> So die EFTA-Überwachungsbehörde in der Entscheidung Nr. 165/98/KOL, Abl. EG L 327 S. 3. Auch die Wahl dieser Formulierung zeigt auf, dass der Unterschied zwischen allgemeinen Steuern und Sozialversicherungssteuern kaum noch auszumachen ist.

<sup>1224</sup> NLK-ftrl-Malt, § 23-2, Anm. 1253.

<sup>1225</sup> Lov av 26. mars 1999 nr.14 om skatt av formue og inntekt (skatteloven).

<sup>1226</sup> Bzw. bei Selbständigen (Art. 14 a Nr. 1 VO (EWG) 1408/71).

unterschiedlich. Die Differenzierung wurde im Jahr 1975 eingeführt, um die Attraktivität der Wirtschaftsstandorte im hohen Norden zu steigern bzw. zu erhalten. Sie verknüpfte Siedlungs- bzw. Beschäftigungspolitik mit der Wirtschaftsförderung. Eine ähnliche Ordnung existierte auch in Schweden jahrelang für die nördlichen Regionen als Instrument zur Förderung der Ansiedlung von Dienstleistungsunternehmen.<sup>1227</sup>

Ursprünglich sah das norwegische Gesetz eine dreistufige Staffelung vor, nach der die Arbeitgeberbeiträge zwischen 14% und 17% des jeweiligen Bruttoentgeltes lagen.<sup>1228</sup> Die Bestimmung des Arbeitgeberbeitrages hing weder vom Wirtschaftszweig, der Größe, dem Geschäftsbereich noch von der Rechtsform der Unternehmen ab, sondern erfolgte anhand des Arbeitnehmerwohnsitzes.<sup>1229</sup> In den 1990er Jahren wurde die bestehende Ordnung stärker ausdifferenziert. Alle Kommunen wurden von nun an einer von fünf Abgabezonen (*avgiftssoner*) zugeordnet. Für die Ballungsgebiete und stärker besiedelte Gegenden wurde der höchste Beitragssatz von 14,1% (Normalbeitrag) festgesetzt. Hingegen fiel für Arbeitnehmer mit Wohnsitz in anderen Gebieten ein abgesenkter, und in den beiden nördlichsten Provinzen *Nordland* und *Troms* keinerlei Arbeitgeberbeitrag an.<sup>1230</sup> Eine Ausnahme bestand lediglich für die öffentliche Hand als Arbeitgeber, der unabhängig vom Wohnsitz des Arbeitnehmers stets den Normalbeitrag abführen muß. Die Differenzierung der Beiträge galt als effektive Methode der regionalen Wirtschaftsförderung. Sie erforderte nur einen geringen Verwaltungsaufwand und galt als treffsichere Maßnahme, um die Beschäftigungssituation in den Gebieten zu verbessern.<sup>1231</sup>

## **(2) Vereinbarkeit mit EWR-Wirtschaftsrecht**

Der Beitritt Norwegens zum Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) erzwang eine rechtliche Neubewertung der gesamten bestehenden Struktur- und Wirtschaftsförderung in den Beitrittsstaaten. Bereits kurz nach dem Inkrafttreten des EWR-Abkommens am 01.01.1994 teilte die EFTA-Überwachungsbehörde (*EFTA Surveillance Authority - ESA*) der Regierung Norwegens mit, dass sie die bestehenden Regelungen im Volksversicherungsrecht<sup>1232</sup> für unvereinbar mit den beihilferechtlichen Vorschriften des EWR-Abkommens hielt.<sup>1233</sup> Dieses enthält in

---

<sup>1227</sup> Ab. EG vom 14.09.2001, L 244, S. 33.

<sup>1228</sup> Abl. EG vom 03.12.1998, L 327 S. 4.

<sup>1229</sup> Abl. EG vom 03.12.1998, L 327 S. 4.

<sup>1230</sup> NOU 2004:15, S. 10.

<sup>1231</sup> NOU 2004:15, S. 10.

<sup>1232</sup> § 23-3 folketrygdloven.

<sup>1233</sup> Vgl. die Parallelproblematik in Schweden. Entscheidung der Kommission vom 21. Dezember 2000 über die schwedische Beihilferegelung in Form vermindelter

den Art. 61 ff. Vorschriften, die wortgleich mit den Bestimmungen des Beihilferechts der Art. 87 ff. EGV sind. Hiermit ließ sich nach der Ansicht der Behörde eine Absenkung der Arbeitgeberbeiträge (*arbeidsgiveravgift*) bis auf Null nicht vereinbaren. Es handele sich dabei um staatliche Beihilfen für in den betreffenden Gebieten operierende Unternehmen, verschaffe diesen damit einen wettbewerblichen Vorteil und drohe mithin den innergemeinschaftlichen Handel zu beeinträchtigen.

Die *ESA* meinte, durch die steuerliche Entlastung der Unternehmen von Beiträgen werde zu deren Gunsten ein wirtschaftlicher Vorteil bewirkt, der ihnen unter normalen Marktbedingungen nicht zugute gekommen wäre.<sup>1234</sup> Eine Vereinbarkeit der Beihilfen mit dem „Funktionieren dieses Abkommens“ sei wegen des engen Anwendungsbereiches der Legalausnahme in Art. 61 Abs. 3 a) EWR-Abkommen ausgeschlossen.<sup>1235</sup> Jedoch erkannte die Behörde hohe Transportkosten durch große Entfernungen und harsche Wetterbedingungen als grundsätzliche Probleme von Unternehmen an, die in den entfernt liegenden Regionen im Norden angesiedelt wären. Ihnen könnte Norwegen unter Umständen Transportbeihilfen als „Beihilfen zur Förderung der Entwicklung gewisser Wirtschaftszweige oder Wirtschaftsgebiete“ i.S.d. Art. 61 Abs. 3 c) EWR-Abkommen gewähren, sofern eine Genehmigung der Überwachungsbehörde vorliege. Aus den Richtlinien der Überwachungsbehörde betreffend staatliche Beihilfen<sup>1236</sup> ergäbe sich nämlich, dass Transportbeihilfen durch die Überwachungsbehörde grundsätzlich gestattet sein könnten, sofern sie zum Ausgleich der genannten, spezifischen Nachteile dieser Unternehmen gewährt würden. Dies gelte indes nicht für Unternehmen, deren Betrieb ortsgebunden (z.B. Förderung von Bodenschätzen) sei oder für jene Unternehmen, die keinen alternativen Standort erlaubten.<sup>1237</sup> Obwohl die *ESA* Norwegen im Juli

---

Sozialversicherungsbeiträge, (2001/690/EG), Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 14.9.2001, L 244/32ff.

<sup>1234</sup> So auch die st. Rspr. des EuGH, vgl. nur Rs. C-342/96, Slg. I-2459 (Spanien/Kommission).

<sup>1235</sup> Voraussetzung dieser Vorschrift ist, dass es sich um „Beihilfen zur Förderung der wirtschaftlichen Entwicklung von Gebieten, in denen die Lebenshaltung aussergewöhnlich niedrig ist oder eine erhebliche Unterbeschäftigung herrscht“. Vgl. Abl. EG L 327 S. 16.

<sup>1236</sup> Leitfaden für die Anwendung und Auslegung der Artikel 61 und 62 des EWR-Abkommens und des Artikels 1 des Protokolls 3 zum Abkommen zwischen den EFTA-Staaten zur Errichtung einer Überwachungsbehörde und eines Gerichtshofs, ABl. EG L 231 vom 3.9.1994. Relevant für Transportbeihilfen ist Punkt 28.2.3.2, der aufgrund der Entscheidung der EFTA-Überwachungsbehörde vom 20.07.1994 eingefügt wurde und der Mitteilung der EG-Kommission über die Anwendung von Art. 87 Abs. 3 c) EG (früher Art. 92 Abs. 2 c) EGV) entspricht.

<sup>1237</sup> Nach Maßgabe des Beihilfeleitfadens ist das Vorkommen von kommerziell nutzbaren Bodenschätzen grundsätzlich ein Vorteil und kein Nachteil. Die in der Abgelegtheit der Förderregion liegenden Nachteile durch die hohen Transportkosten sollen aber den

1997 aufforderte, die entsprechenden Regeln im Volksversicherungsgesetz zu verändern, war in der Entscheidung eine Botschaft des Entgegenkommens recht deutlich herauszulesen. Ausdrücklich wurde erwähnt, dass abgesenkte Beiträge für Unternehmen in der gesamten Nordhälfte Norwegens<sup>1238</sup> möglicherweise als indirekte Transportbeihilfen qualifiziert werden könnten und mithin den Verstoß gegen die Unvereinbarkeitsklausel des Art. 61 EWR-Abkommen zu rechtfertigen geeignet wären.<sup>1239</sup>

### **(3) Rs. EFTA E-6/98**

Norwegens Regierung lehnte jedoch die Vorschläge der Behörde zu einer alternativen Gestaltung ab und erhob Klage beim EFTA-Gerichtshof auf Annullierung der Entscheidung.<sup>1240</sup>

Norwegen vertrat die Auffassung, bei dem gestaffelten Beitragssystem handele es sich um eine allgemeine Maßnahme der Steuerpolitik. Die Steuersysteme der EFTA-Staaten seien jedoch nicht Gegenstand des EWR-Abkommens. Zudem führte man an, bei der Beitrags-Staffelung fehle die Selektivität als tatbestandliche Voraussetzung des Beihilfebegriffes. Um Beihilfen handele es sich nur, wenn ausschließlich bestimmte Unternehmen bzw. abgegrenzte Unternehmensgruppen gefördert würden.<sup>1241</sup> Hingegen handele es sich hier um eine legislative Vorgabe, die alle Unternehmen gleich behandle.<sup>1242</sup>

Der EFTA-Gerichtshof schloß sich in seiner Entscheidung vom 20.05.1999 der Ansicht der *ESA* an und wies die Klage ab. Bei dem Beitragssystem handelte es sich zwar um eine Maßnahme des Steuerrechts, die jedoch auch nach der Spruchpraxis des EuGH die Anwendung von Art. 61 EWR-Abkommen nicht ausschließen konnte.<sup>1243</sup> Durch die Verminderung der Beitragspflicht für Arbeitgeber entstünde jenen ein wettbewerblicher Vorteil gegenüber anderen Arbeitgebern in nicht geförderten Regionen – auch in anderen Staaten des EWR. Dies gelte insbesondere für Produzenten von Aluminium und Stahl sowie für

---

bestehenden Vorteil nicht überwiegen. Vgl. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften L 327 S. 19.

<sup>1238</sup> Gemeint waren die Provinzen Finnmark, Troms, Nordland und Nord-Trøndelag im Norden sowie Sogn og Fjordane an der Westküste.

<sup>1239</sup> Die Behörde schlug vor, dass Norwegen eine sowohl detaillierte als auch umfangreiche Auflistung aller in den betreffenden Regionen angesiedelten Unternehmen erstellen sollte. Nach ordnungsgemäßer Anmeldung und durchlaufenem Notifikationsverfahren könnte die Behörde dann von ihrem Ermessensspielraum Gebrauch machen und die Beihilfen genehmigen. Vgl. E-6/98 (Report for the hearing), Tz. 10.

<sup>1240</sup> Entscheidung Nr. 165/98/KOL.

<sup>1241</sup> So EuGH Rs. C-409/00, Slg. I-1487.

<sup>1242</sup> E-6/98 (Report for the hearing), Tz. 30.

<sup>1243</sup> E-6/98, Tz. 34.

Schiffswerften. Durch so entstandene Wettbewerbsvorteile sei der mitgliedsstaatliche Handel beeinträchtigt.

#### **(4) Rechtsänderung**

Durch das Urteil des EFTA-Gerichtshofes war Norwegen gezwungen, das bislang bestehende System gestaffelter Beiträge zu verändern.<sup>1244</sup> Die norwegische Regierung legte in der Folge einen Änderungsvorschlag vor, dem die Überwachungsbehörde zustimmte<sup>1245</sup> und der Teil des jährlichen Haushaltsgesetzes wurde. Aufgrund dieser Vorlage erließ das Finanzministerium eine zeitlich befristete Verordnung zur Regelung der Anwendung der Beitragsdifferenzierung entsprechend einzelner Wirtschaftszweige.<sup>1246</sup> Danach bleibt die Beitragsstaffelung dem Grunde nach erhalten, einzelne Wirtschaftszweige sind dagegen davon ausgenommen und verpflichtet, für ihre Arbeitnehmer den Regel- bzw. Höchstsatz (14.1%) abzuführen. Betroffen sind Betreiber ortsgebundener Anlagen, wie z.B. Unternehmen zur Erzeugung elektrischer Energie aus Wasserkraft. Etwas anderes gilt für Betreiber von Windenergieanlagen und Gaskraftwerken.<sup>1247</sup> Für die wirtschaftlich höchst bedeutende Förderung der Ressource Erdgas mussten die betreffenden Unternehmen jedoch stets den höchsten Beitragssatz abführen. Gleiches galt für verbundene angrenzende Dienstleistungsbranchen, für den Telekommunikationssektor, für Logistik- und Transportunternehmen. Schließlich und wie von der *ESA* gefordert, wurden die Ausnahmen betreffend solcher Branchen, für die besondere Beihilfevorschriften gelten (z.B. Schiffsbau, Stahlproduktion), von der Differenzierung ausgenommen. Zusätzlich führte die Rechtsänderung zu Folgeproblemen bei der Einordnung solcher Unternehmen, in denen unter einem Dach Tätigkeiten ausgeübt werden, die zum Teil den Sonderregeln unterfallen, zum Teil jedoch nicht. Die Rechtsänderung sah überdies die Einführung einer Bagatellgrenze vor, die von der Gesamtlohnsumme der ansässigen Unternehmen abhing.

---

<sup>1244</sup> Dajani, Skatterett 2000, S. 5.

<sup>1245</sup> Dec. No. 228/99/COL, Abl. EG vom 11.09.2003, C 216/3.

<sup>1246</sup> Forskrift av 29.12. nr 1534 til utfylling av Stortingets vedtak om fastsetting av avgifter m.v. til folketrygden for 2000 § 1 om arbeidsgiveravgift.

<sup>1247</sup> Diese diffizile Abgrenzung lässt keine großen praktischen Nachteile erwarten, da Norwegens Energieerzeugung fast ausschließlich auf Wasserkraft ausgerichtet ist und auf Windkraft als auch auf Erdgas nahezu verzichtet werden kann. Die Differenzierung wurde damit begründet, dass einzig die Wasserkraft keine Alternativstandorte zulasse, weil die Umwandlung immer vor Ort stattfinden müsse. Der Wind sei hingegen keine Ressource, die ausschließlich auf die bezeichneten Regionen beschränkt sei, Erdgas könne auf dem Leitungswege zu Alternativstandorten geführt und dort in Kraftwerken verbrannt werden. Vgl. dazu Dajani, Skatterett 2000, S. 8.

Wenn die nunmehr ungleich kompliziertere Einstufung von norwegischer Seite kritisiert wird<sup>1248</sup>, ist diese Kritik zu relativieren: Ein guter Teil der beklagten Komplexität des geänderten Beitragsmodells wurde durch die weitere Ausdifferenzierung des ohnehin diffizilen *ESA* – Vorschlages durch Norwegen selbst verursacht. Dazu kommt, dass sich die Nachteile dieser Kompromissregelung für Norwegen in Grenzen halten, beruhen sie doch auf einer sehr günstigen Auslegung der Beihilferichtlinien.<sup>1249</sup>

Das Staffelmodell unterlag fortan der ständigen Beobachtung durch die *ESA*. Ein weiteres förmliches Prüfverfahren wurde am 2003 wegen der zuvor ergangenen Entscheidung der EU-Kommission gegen Schweden bezüglich des dortigen Staffelmodells eingeleitet, um die Gleichheit der Rechtsanwendung im gesamten EWR zu sichern,<sup>1250</sup> wurde jedoch kurz darauf aufgrund des politischen Drucks anderer EFTA-Staaten wieder eingestellt.<sup>1251</sup>

## **(5) Heutiger Rechtsstand**

Hilfe für Norwegen kam von unerwarteter Seite: Mit der Änderung der Beihilferichtlinien durch die EU-Kommission im Dezember 2005,<sup>1252</sup> welche die EFTA-Überwachungsbehörde in der Folge nachvollzog,<sup>1253</sup> wurde der Ermessensspielraum der Behörde im Hinblick auf genehmigungsfähige Beihilfen erweitert. Betriebsbeihilfen können nunmehr in den Gebieten mit der niedrigsten Bevölkerungsdichte genehmigt werden, um der Abwanderung entgegenzuwirken.<sup>1254</sup>

Norwegen konnte nach intensiven Konsultationen mit der Überwachungsbehörde und der EU-Kommission einen Vorschlag vorlegen, der mit den neuen Richtlinien in Übereinklang stand und den die Behörde schließlich genehmigte. Dies eröffnete die Möglichkeit für eine europarechtskonforme Neuordnung des Beitragssystems durch das *Storting*<sup>1255</sup> und eine neue, letztere ausfüllende Verordnung des Finanzministeriums<sup>1256</sup>. Das dadurch Einfachheit eingekehrt wäre, lässt sich indes nicht behaupten. Mit Wirkung vom 01. Januar 2007 sind alle Kommunen in 7

---

<sup>1248</sup> Dajani, *Skatterett* 2000, S. 17.

<sup>1249</sup> Erlingsen, *Revisjon og Regnskap* 2006, S. 52.

<sup>1250</sup> Abl. EG 2003/C 216, S. 4.

<sup>1251</sup> Erlingsen, *Revisjon og Regnskap* 2005, o.S.a.

<sup>1252</sup> Leitlinien für staatliche Beihilfen mit regionaler Zielsetzung 2007-2013, Abl. der EG vom 4.3.2006, C 54/13.

<sup>1253</sup> EFTA-Surveillance Authority, Decision No 85/06/COL.

<sup>1254</sup> Leitlinien für staatliche Beihilfen mit regionaler Zielsetzung 2007-2013, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 4.3.2006, C 54/13, Tz. 80.

<sup>1255</sup> Stortingsbeschluss vom 28. november 2006, Budsjett-innst. S. nr. 1(2006-2007), Budsjettinnstilling til Stortinget fra finanskomiteen.

<sup>1256</sup> Forskrift 28.11.2006 nr 1337 om vedtak om fastsetting av avgifter mv. til folketrygden for 2007.

Zonen eingeteilt, für welche unterschiedliche Beitragssätze gelten. Dazu gibt es eine Reihe von Ausnahmen, die jedoch im Einzelnen hier nicht dargestellt werden können.<sup>1257</sup> Ein wesentlicher Unterschied zur alten Rechtslage liegt aber darin, dass nunmehr nicht länger der Wohnsitz des Beschäftigten maßgeblich für die Eingruppierung ist, sondern der Geschäftssitz des geförderten Unternehmens.

### **cc) Sonderbeitrag für hohes Einkommen**

Zum Jahreswechsel 2005-2006 wurde eine Sonderregel im Beitragsrecht abgeschafft, die bislang für Einnahmen von zuletzt ca. 110 Millionen € pro Steuerjahr gesorgt hatte. Bis zu diesem Zeitpunkt war vorgeschrieben, dass für den Teil des Arbeitslohnes eines Arbeitnehmers, der das 16-fache des sozialversicherungsrechtlichen Grundbetrags (G) überschreitet, ein zusätzlicher Beitrag von 12,5% (*tillegg til arbeidsgiveravgift*) abzuführen war. Der umgangssprachliche Name *kakseskatt*, übersetzt etwa „Großkopferten“-Steuer, beschrieb recht anschaulich die Zielrichtung der Vorschrift. Durch die zusätzliche Belastung des Arbeitgebers erhoffte man sich eine Dämpfung des starken Lohnanstieges insbesondere bei den Gehältern von Führungskräften. Nach den Ergebnissen der Arbeit des *Skauge*-Ausschusses zeigte die Maßnahme jedoch nicht die gewünschte Wirkung, da die Belastung die anvisierten Unternehmen nicht zu stark berührte und das Lohnwachstum nicht bremsen konnte.<sup>1258</sup> Die Sondervorschrift wurde unterdessen aus steuerrechtlichen Gründen wieder abgeschafft, um die erhebliche Differenz zwischen den Grenzsteuersätzen für Lohnleistungen und den Kapitalertragssteuersätzen und somit den Verlagerungsanreiz zu verringern.<sup>1259</sup> Bedenkt man, dass die hohen Einkommen typischerweise in jenen Gebieten erzielt werden, die der höchsten Abgabenzone (*avgiftssone 1*, 14,1%) zugeordnet sind, ergab sich für die Spitzenverdiener ein verhältnismäßig hoher Arbeitgeberbeitrag von 26,6%. Zudem unterliegen hohe Einkommen einer erhöhten Einkommenssteuer (*toppskatt*). Selbst der norwegische Gewerkschaftsbund (*LO*) bemerkte in einem Positionspapier, dass sich bei Spitzenverdienern die einzelnen Steuerbestandteile auf über 80% des Arbeitslohnes summierten und demgegenüber Kapitaleinkünfte nur mit 28% besteuert wurden.<sup>1260</sup> Mit der Streichung dieser Sonderregel entfiel zugleich ein Instrument fiskal- bzw. sozialpolitischer Umverteilung, als welches es bei der Einführung im Jahre 1993 gedacht war.

---

<sup>1257</sup> Dazu sehr instruktiv: Erlingsen, *Revisjon og Regnskap* 2006, S. 51 ff.

<sup>1258</sup> NOU 2003:9, S. 19.

<sup>1259</sup> St.prp. nr. 1 (2005-2006), Punkt 2.6.3; Ot.prp. nr. 1 (2005-2006), Kap. 13.

<sup>1260</sup> Landsorganisasjonen i Norge (LO), Samfunnsnotat 2/2002, S.8.



#### **dd) Verminderter Arbeitgeberanteil für ältere Beschäftigte**

Für die Arbeitgeberbeiträge für ältere Arbeitnehmer bestand bis vor kurzem eine weitere Ausnahme. Für über 62-jährige Angestellte galt bis Ende 2006 ein um 4 Prozentpunkte verminderter Arbeitgeberbeitrag, gemessen an dem jeweils regional anwendbaren Beitragssatz. In der zwischen dem Arbeitsministerium und den Arbeitnehmerverbänden geschlossenen „Zielvereinbarung über mehr Integration am Arbeitsmarkt“ (*Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006 – 2009*<sup>1261</sup>) wurde festgelegt, dass nach einer geeigneteren, direkter wirkenden Alternative zu dieser Maßnahme zur Beschäftigungsförderung für ältere Arbeitnehmer gesucht werden sollte.<sup>1262</sup> Die beschäftigungspolitisch interessante Maßnahme fiel dem Finanzierungsbedarf für Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes zum Opfer.<sup>1263</sup> War ursprünglich eine Angleichung um 1% vorgesehen, wurde die entsprechende Vorschrift nunmehr ganz aufgehoben. Somit ist nach geltendem Recht auch für die älteren Arbeitnehmer der normale Beitragssatz zu erbringen.

#### **e) Beitragszahlung**

Die Arbeitgeber zahlen an sechs festgelegten Terminen die jeweils anfallenden Beiträge an die Kasse der Kommune, in denen das Unternehmen seinen Hauptsitz hat.<sup>1264</sup> Dabei ist der Arbeitgeber zudem Beitragsentrichtungsschuldner des Arbeitnehmeranteils (*trygdeavgift*). Überzahlungen oder Nachzahlungen werden durch Abrechnung am Jahresende ausgeglichen. Der säumige Arbeitgeber schuldet Verzugszinsen, der grob fahrlässig oder vorsätzlich nicht zahlende Arbeitgeber macht sich nach §§ 24-4 S. 5 *folketrygdloven* i.V.m. Kapitel 12 des Veranlagungsgesetzes (*ligningsloven*) strafbar.

---

<sup>1261</sup> Vgl. <http://odin.dep.no/aid/norsk/tema/velferdspolitik/arbeidsliv/bn.html>.

<sup>1262</sup> IA-avtale, Punkt 5.

<sup>1263</sup> Durch die Abschaffung der Sonderregel erwartet das Finanzministerium für den Staatshaushalt Mehreinnahmen in Höhe von 933 Mio. NOK.

<sup>1264</sup> Forskrift av 01. desember 1997 nr. 1383 om hvor arbeidsgiveravgiften skal fastsettes og innbetales. NOU 2007: 12, S.

## **Thesen**

1. Das norwegische Gesundheitswesen beruht geschichtlich auf den gleichen Traditionen wie das deutsche. Ausgangspunkt war eine Krankenversicherung für die Arbeiterschaft, die schrittweise um weitere Personengruppen erweitert wurde. In der Nachkriegszeit aber wurde mit der bestehenden korporatistischen Struktur des Sozialversicherungsrechts gebrochen und die Fokussierung auf die Arbeitnehmereigenschaft beendet. Der Weg zu einer einheitlichen Versorgungsstruktur für die Gesamtbevölkerung wurde zeitig und erfolgreich beschritten, wobei sich Norwegen aber stark am Modell des britischen Gesundheitswesens orientierte. Norwegen entschied sich in der Nachkriegszeit gegen eine Politik der Versorgung auf Minimalniveau. Vielmehr erblühte der Wohlfahrtsstaat aufgrund des wirtschaftlichen Aufschwungs der Nachkriegszeit und ermöglichte großzügigere Geldleistungen als sie im Vereinigten Königreich gewollt und möglich waren.

2. Norwegen hat sich gegen Pluralität und Wettbewerb der Leistungserbringer entschieden. Ein echter Markt verschiedener öffentlicher und privater Krankenkassen besteht nicht, obwohl in den vergangenen Jahren Marktelemente eingeführt wurden. Die Lenkung mittels gesetzlicher Vorgaben ist deutlich stärker ausgeprägt als im deutschen Gesundheitswesen. Dies äußert sich im Vertragsarztrecht der Primärversorgung: So bestimmt sich die Vergütung ärztlicher Tätigkeit nach durch Verordnung festgelegten Sätzen und ist nicht die Folge kollektivvertraglicher Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und dem Leistungsverpflichteten.

3. Zugleich besteht aber auch keine Notwendigkeit für rechtstechnisch komplizierte Eingriffe zum Ausgleich einer zuvor geschaffenen Wettbewerbslage. Zum Beispiel sind Instrumente wie der Risikostrukturausgleich im deutschen Krankenversicherungsrecht nicht notwendig, da sämtliche Einwohner Mitglieder der Volksversicherung als einziger Versicherung sind. Ebenso wenig besteht ein Bedarf für Sonderregeln bestimmter Versicherungstypen.

4. Folglich ist das norwegische Gesundheitsrecht, insbesondere das Krankenversicherungsrecht, deutlich weniger komplex als das deutsche. Zwar erfordert die moderne Medizin vor allem im Leistungsrecht komplizierte und detaillierte Lösungen des Gesetzgebers. Diese zeigt sich durch eine große Anzahl ministerieller Verordnungen. Das Grundwerk hingegen ist einfach und leicht verständlich.

5. Das norwegische Recht ermöglicht allen Versicherten den Zugang zur Gesundheitsversorgung unter gleichen Bedingungen und erschwert so die Entwicklung einer Zwei-Klassenmedizin. Noch heute wirkt der wohlfahrtsstaatliche Grundgedanke der Gleichheit nach, der in der Nachkriegszeit begründet wurde. Eine vollständige Gleichheit der Versorgung ist damit indes nicht garantiert: Einzelne Leistungsangebote sind Personen mit hoher individueller Leistungsfähigkeit – d.h. zusätzlich privat Versicherten – vorbehalten.

6. Das norwegische Gesundheitssystem stimmt systematisch teilweise mit dem in Deutschland vorgelegten Entwurf einer Bürgerversicherung überein. Wie seine Nachbarländer Schweden und Dänemark verwirklicht Norwegen ein wesentliches Element der „Bürgerversicherung“, nämlich die Sicherung der gesamten

Einwohnerschaft des Landes gegen die Risiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Dabei birgt die Einwohnersicherung im Vergleich zu der Vielfalt von Möglichkeiten, die in Deutschland zur Begründung eines Versicherungsschutzes bestehen, den systematischen Vorteil der Einfachheit.

7. Ein wesentlicher Unterschied zum Modell der Bürgerversicherung wird im Hinblick auf den Versicherungsgedanken offenbar. Im Hinblick auf das Leistungsrecht und auf die Finanzierung des Gesundheitswesens besteht weniger eine Einwohnerversicherung denn eine Einwohnersicherung. Obwohl die Terminologie nach wie vor dem Sozialversicherungsrecht entlehnt ist (z.B. Versichertenbeiträge, Arbeitgeberbeiträge), handelt es sich inhaltlich nicht um eine Versicherung. Dies wird im Krankenversicherungsrecht besonders deutlich, für welches seit geraumer Zeit eine Ausgliederung aus dem Volksversicherungsgesetz diskutiert wird. Tatsächlich ist insbesondere hier die Leistungspflicht der Volksversicherung stark begrenzt. Während sich in Deutschland die finanzielle Einstandspflicht der Krankenversicherung aus der Zugehörigkeit zu einer Versichertengemeinschaft ergibt (§ 27 SGB V), begründet die Einwohnerschaft in Norwegens Kommunen oder Gesundheitsregionen zwar die Mitgliedschaft in der *folketrygd*. Dies bedeutet jedoch nicht zugleich die Einstandspflicht für die Kosten der Gesundheitsversorgung.

8. In der Primärversorgung tritt die eingeschränkte Verantwortung der Volksversicherung durch die Parallelität zweier Ansprüche hervor, namentlich des Anspruchs auf Behandlung gegen die Kommune und des Anspruches auf Kostenerstattung gegen die *folketrygd*. Ebenso wenig trägt die Volksversicherung die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen.

9. Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt hauptsächlich aus

Steuermitteln. Das norwegische Modell setzt auf niedrige Sozialversicherungsbeiträge, aber dafür auf relativ hohe Steuern. Damit wird die Sozialversicherung stark subventioniert und vor allem im Krankenhauswesen wird eine weit überwiegend öffentliche Infrastruktur vorgehalten. Die Grenzen zwischen Steuer und Versicherungsbeiträgen sind kaum noch auszumachen. Es steht zu vermuten, dass die Bedeutung des Versicherungsrechts weiter rückläufig sein wird und dass mittelfristig das gesamte Gesundheitswesen aus Steuern finanziert werden wird. Eine weitere maßgebliche Finanzierungsquelle des Gesundheitswesens ist die Eigenbeteiligung der Patienten. Das System der Eigenbeteiligungen ist einfach und nachvollziehbar. Es schützt dennoch chronisch Kranke vor zu starker Inanspruchnahme durch die Begrenzung des jährlich zu zahlenden Höchstbetrages.

10. Das norwegische Gesundheitswesen ist maßgeblich durch Kommunalisierung gekennzeichnet. Im Gegensatz zum deutschen Gesundheitswesen ist die Sicherstellung der Versorgung nicht der kassenärztlichen Vereinigung (§ 72 SGB V), sondern den Wohngemeinden auferlegt.

11. In der Entwicklung des Krankenhauswesens ist eine Kontinuität kaum erkennbar. Dies betrifft vor allem die Krankenhausfinanzierung. Hier wurde in den vergangenen Jahrzehnten vieles reformiert, um es abermals zu ändern. Teilweise wurden aus haushaltspolitischen Gründen Rechtsänderungen vorgenommen, deren darauffolgende Rücknahmen alsbald wieder den status quo ante herstellte. Mehr Klarheit und Struktur hat das Krankenhauswesen aber zum einen durch die Reform 2002 und durch die damit verbundene Entlastung der Provinzen und zum anderen durch die Entlastung der Volksversicherung und die Finanzierung mittels allgemeiner Steuern gewonnen. Insoweit ist das

Krankenhauswesen charakteristisch für die generell bestehende Tendenz, nach der die Finanzierung aus Beiträgen in den Hintergrund tritt und durch die Steuerfinanzierung ersetzt wird.

12. Innerhalb der letzten Jahrzehnte kam im norwegischen Wohlfahrtsstaat und Gesundheitswesen es zu einer starken Verrechtlichung. Das zeigt sich an den Behandlungsansprüchen der Patienten, die schließlich in das Gesetz aufgenommen wurden. Dahinter steht eine vergleichsweise neue Bestimmung des Verhältnisses zwischen Staat und Bürger, in dem letzterer mehr als mündiger Verbraucher und ersterer eher als Dienstleister auftritt. Trotz umfangreicher Normierungen von Rechten hat sich das Denken in Rechtsansprüchen innerhalb des Gesundheitswesens noch nicht völlig Bahn gebrochen. Nach wie vor sind Gerichtsprozesse um soziale Rechte oder Behandlungsansprüche eher die Ausnahme als die Regel, nach wie vor gehen Gesetzgeber, Verwaltung und Justiz recht unbeschwert daran, die Rechte von Leistungsberechtigten und Leistungserbringern zu bestimmen. Beispiele hierfür finden sich etwa im schwach ausgeprägten Schutz sozialversicherungsrechtlicher Anwartschaften durch die Verfassung, in der geräuschlosen Abschaffung der privaten Krankenkassen oder in der strikten Reglementierung des Arzneimittelrechts.

13. Die Rechtsstellung der Patienten Norwegens hat sich in den vergangenen Jahrzehnten auch im Hinblick auf mögliche Schäden bei ärztlichem Fehlverhalten verbessert. Das Land verfügt mit der *Norsk Pasientskadeerstatning* über ein praktikables System zur Absicherung des Einzelnen bei fehlerhaftem Verhalten der Leistungserbringer. Abgesehen von der Fragestellung, ob ein solches öffentlich-rechtliches Erstattungssystem für Schäden der Patienten oder aber zivilrechtliche Regelungen zu Schadensersatzpflichten ökonomisch besser

geeignet sind, ein fehlerfreies Verhalten der Leistungserbringer zu erzwingen, ist für den Geschädigten ein Anspruch gegen die NPE aus Beweisgründen von großem Vorteil.

14. Wie alle Gesundheitssysteme in west- und nordeuropäischen Staaten hat sich das Norwegens in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Stets waren Anpassungen an veränderte gesellschaftliche Bedingungen notwendig und Korrekturen unvermeidbar. Das Sozial- und Gesundheitsrecht unterlag und unterliegt einer kurzen Halbwertszeit. Dringende Finanzierungsnöte gaben der Politik die Aufgabe auf, bestehende Gesetze in rascher Folge wieder und wieder zu ändern. Die zahlreichen einzelnen Änderungen wirkten unstet, sie wollten sich nicht so recht in ein Gesamtsystem einfügen, sie widersprachen sich gegenseitig und ließen die Orientierung an einem übergeordneten Leitbild und die entsprechende Kontinuität in der Sozialpolitik vermissen. Zahlreichen gesetzliche Regelungen war, wie *Kjønstad* bemerkt, vor allem die Hast anzumerken, unter der sie entstanden sind („*hastverk*“<sup>1265</sup>).

All dies lässt sich mit einem sprachlichen Bild umschreiben, das bereits den Politikstil in der Donaumonarchie im ausgehenden 19. Jahrhundert bezeichnete. Diese Politik wurde als „fortwursteln“ bezeichnet und teilweise für den Mangel an Willen zur Durchsetzung tiefgreifender und grundlegender Veränderungen am bestehenden System kritisiert. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat dieser – insgesamt wohl eher negativ besetzte Begriff – zu einigen positiven Konnotationen gefunden. Hinter dem von *Charles Lindblom* im Jahre 1959 geprägten Schlagwort des „muddling through“<sup>1266</sup> oder in dem „piecemeal social engineering“ eines *Karl Raimund Popper*<sup>1267</sup> stand die Erkenntnis, dass sich die einzelnen Maßnahmen der Sozialpolitik regelmäßig nicht als Teil eines großen, in

---

<sup>1265</sup> Kjønstad, a.a.O.

<sup>1266</sup> Lindblom, *Public Administration Review* 19, S. 79 ff.

<sup>1267</sup> Popper, S. 51 ff.

sich stimmigen Konzepts erkennen lassen. Insbesondere bei *Popper* drückt sich eine Skepsis gegenüber allumgreifenden Reformplanungen und Steuerungsmöglichkeiten aus, der den Gegenentwurf zu dem von ihm bevorzugten „Stückwerk-Sozialtechnik“ als utopisch und undurchführbar kritisiert, weil sie im Gegensatz zu dem von ihm vertretenen Ansatz auf die ständige Überprüfung verzichtet und gar unwissenschaftlich ist.<sup>1268</sup>

Auch in der norwegischen Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahrzehnten wurde ohne große Rücksicht „fortgewurstelt“. Einzig eine Grundorientierung auf ein universalistisches System blieb erhalten, dass die Versorgung der Gesamtbevölkerung zu gleichen Bedingungen erhalten soll, ist festzustellen.

Die nähere Betrachtung zeigt, dass den politischen Akteuren ob der vielfach vorhandenen Zwänge gar keine andere Möglichkeit verblieb, als zu reformieren und gerade neu geregeltes abermals neu zu regeln. Es erweist sich meines Ermessens auch als Fehler, zu glauben, die Gesundheitspolitik eines Landes könne mit einem einzigen Schlag verändert werden, um einen drohenden Kollaps zu verhindern. Die einzig verbleibende Möglichkeit ist, Schritt für Schritt zu reformieren und dabei stets Fehlerkorrekturen durchzuführen. Damit ist mehr gewonnen, als mit manchem phantastischen Entwurf, wie dem derzeit viel diskutierten Grundeinkommen.



## Anhang

### 1. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung		Erläuterung
AID	Arbeids- og inkluderingsdepartementet	Ministerium für Arbeit und Inkludierung
DANN	Det Norske Arbeiderpartie	Arbeiterpartei Norwegens/ Sozialdemokraten
DNLF	Den Norges Lægeforening	Norwegische Ärztevereinigung
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet	Ministerium für Gesundheit und Betreuung
hpl	helsepersonellloven	Gesetz über Gesundheitsberufe
khtjl	Kommunehelsetjenesteloven	Gesetz über die kommunalen Gesundheitsleistungen
LO	Landsorgansasjon i Norge	Norwegischer Gewerkschaftsbund
NAV/AV	(Ny) Arbeids- og Velferdsforvaltning	(Neue) Arbeits und Wohlfahrtsverwaltung (Sozialversicherungsbehörden), entstanden aus dem früheren RTV und den Arbeitsämtern
NHS	National Health Service	Nationaler Gesundheitsdienst im Vereinigten Königreich
NLK	Norges Lovkommentar	Sammelwerk kommentierter norw. Gesetze
NOK	Norske Kroner	Norwegische Kronen
NOU	Norges offentlige utredninger	Ergebnisse der Untersuchungen von unabhängigen Expertenkommissionen, welche regelmäßig Gesetzesvorschlägen vorangehen
pasrl	pasientrettighetsloven	Patientenrechte-Gesetz
phlsvl	Psykisk helsevernloven	Gesetz zum Schutz der psychischen Gesundheit
pskl	pasientskadeloven	Patienten - Schadensgesetz
RFA	Rigsforsikringsanstalten bzw. Riksforsikringsanstalten	Reichsversicherungsanstalt
RTV	Rikstrygdeverket	Reichsversicherungswerk
skl	skadeserstatningsloven	Schadenserstattungs-gesetz
sphtjl	spesialisthelsetjenesteloven	Gesetz über die spezielle Gesundheitsversorgung
SSB	Statistisk Sentralbyrå	Statistisches Zentralbüro
tvml	tvistemålsloven	Prozessordnung

## 2. Schrifttumsverzeichnis

- Agenda Utredning&Utvikling; Muusmann Research&Consulting*: Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet - En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer, Oslo og København, 2005, (zit.: Agenda/Muusmann)
- Andenæs, Johannes*: Ombudsmannens kompetanse, in: Lov og Rett, 1962, S.14 ff., (zit. Andenæs, L&R 1962)
- Andenæs, Johannes*: Ombudsmannsinstitusjonen 25 år, in: Lov og Rett, 1988, S. 519 – 527, (zit.:Andenæs, L&R 1988)
- Andenæs, Johannes*: Statsforfatningen i Norge, 9. utgave, Universitetsforlag, Oslo, 2004, (zit.: Andenæs)
- Andenæs, Kristian;Olsen, Leif Oscar*: Sosialrett, 4. opplag, TANO, Oslo, 2000, (zit.: Andenæs/Olsen-Verfasser)
- Andenæs, Kristian;Molven, Olav;Rasmussen, Ørnulf;Sandberg, Kirsten;Warberg, Lasse*: Sosialrett, 6. utgave, Universitetsforlaget, Oslo, 2003, (zit.:Andenæs/MolvenRasmussen/Sandberg/Warberg-Verfasser)
- Andersen, Kristen*: Skadeforvoldelse og erstatning, Grundt-Tanum, Oslo 1970, (zit.: Andersen)
- Andersen, Paul Krüger u.a.*: Dansk privatrett: en lærebog, 12. udg., Jurist- og Økonomieforbundets forlag, København, 2001, (zit.: Andersen-Verfasser)
- Andresen, Rolf Hille*: Haftung ohne Verschulden im nordischen, insbesondere im norwegischen Recht, in: Rabels Zeitschrift für ausländisches und internationales Privatrecht, 27 Jg., 1962/63, S. 245-262, (zit.: Andresen, RabelsZ)
- Anvik, Cecilie Høj;Olsen, Terje*: ”Ethvert arbeidsdygtigt menneske”, in: Arbeid, trygd, samfunn, Trygdeetaten, Oslo, 2004, S. 34-43, (zit.: Anvik/Olsen)
- Arbeidernes Faglige Landsorganisasjon og Norsk Sjømannsforbund*: Framtidens Norge, 2. opplag, Stockholm, 1946, (zit.: Framtidens Norge)
- Arrow, Kenneth J.*: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review, Vol. 53, 1963, S. 941-973, (zit.: Arrow, AER 1963)
- Aall, Jørgen*: Avgjørelse av lovbundnde rettigheter ved domstolene - særlig om uførepensjon i lys av Rt. 2001 - 995, in: Festskrift til Nils Nygaard, 2002, S. 651-657, (zit.:Aall, Festskrift Nygaard)
- Aasen, Henriette Sinding*: Kravet om årsakssammenheng ved

pasientskadeerstatning for informasjonssvikt, in: Krüger, Kai u.a.: Nybrott og odling : festskrift til Nils Nygaard på 70-årsdagen, S. 225ff., (zit.: Aasen, Festskrift Nygaard)

*Backer, Inge Lorange*: The Norwegian Reform of Civil Procedure, in: Scandinavian Studies in Law, Vol. 51, 2007, S. 41-75, (zit.: Backer, Sc.St.L. 2007)

*Bakke, Hans Kristian*: Mål og mening med egenandeler?, in: Tidsskrift Norske Lægeforening, 2003; S. 123, (zit.: Bakke, Tidsskrift)

*Baldwin, Peter*: The politics of social solidarity : class bases of the European welfare state : 1875-1975, University Press, Cambridge, 1996, (zit.: Baldwin)

*Bamford, Agnes M.*: Paretooptimalitet og omfordeling til de svake - en drøfting av velferdsstatens legitimitet ut fra to teoritradisjoner, in: Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift 1994, S. 195-207, (zit: Bamford, Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift 1994)

*Barr, Nicolas*: The economics of the welfare state, Weidenfeld and Nicholson, London, 1987, (zit.: Barr)

*Battis, Ulrich; Achterberg, Norbert (Hrsg.)*: Besonderes Verwaltungsrecht, Band 2: Kommunal-, Haushalts-, Abgaben-, Ordnungs-, Sozial-, Dienstrecht, 2. Auflage, Müller-Verlag, Heidelberg, 2000, (zit.: Battis, Achterberg-Verfasser)

*Berggrav, Dag*: Slik styres Norge, Schibstedt Forlag, Oslo, 1994, (zit.: Berggrav)

*Bergsåker, Trygve*: Pasientforsikring, in: Lov og Rett, 1985, S. 526-534, (zit.: Bergsåker, L&R)

*Bernt, Jan Fridthjof*: Rettssikkerhet i den kommunaliserte velferdsstat, in: Lov og Rett 1996, S. 625 – 626, (zit.:Bernt, L&R)

*Bernt, Jan Fridthjof*: Rettssikkerhetsbegrepet og kampen om velferdsstatens verdigrunnlag, in: Juss Buss (red.): Tvers igjennom lov til seier, Unipax, Oslo, 2001, (zit.: Bernt, Rettssikkerhetsbegrepet)

*Bernt, Jan Fridthjof*: Kveler velferdsstaten kommunaldemokratiet?, in: Fimreite, Anne Lise;Larsen, Helge O.; Aars, Jacob (red.): Lekmannsstyre under press - Festskrift til Audun Offerdal, Audun, 2002, S. 27 ff, (zit.: Bernt, Festskrift)

*Bernt, Jan Fridthjof;Ørnulf Rasmussen*: Frihagens Forvaltningsrett, Bind 1, Fagbokforlaget, Bergen, 2003, (zit.:Frihagen)

*Bieback, Karl-Jürgen*: Neue Rechtsprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Beanspruchung von Gesundheitsleistungen, in: Zeitschrift für Europäisches Arbeits- und Sozialrecht, 2006, S. 241-246, (zit.: Bieback, Zesar)

*Bieback, Karl-Jürgen*: Etablierung eines Gemeinsamen Marktes für Krankenbehandlung durch den EuGH – Das Urteil des EuGH „Smits/Peerbooms“ v. 12. 7. 2001 -, in: NZS 2001, S. 561 - 569,

(zit.: Biebeck, NZS 2001)

*Bjørnson, Øyvind*: The Social Democrats and the Norwegian Welfare State: Some Perspectives, in: Scandinavian Journal of History 2001, S. 197 - 233, (zit.: Bjørnson, Scand. J. History 2001)

*Bjørnson, Øyvind; Haavet, Inger Elisabeth*: Langsomt ble landet en velferdssamfunn – trygdens historie 1894-1994, Ad Notam Gyldendal, Oslo, 1994 (zit.: Bjørnson/Haavet)

*Blom, Ida; Elvbakken, Kari Tove*: Linjer i norsk abortlovgivning og abortpolitik, in: Tidsskrift for velferdsforskning, Vol. 4, 2001, S. 30-48,

(zit.: Blom/Elvbakken, TfV 2001)

*Boe, Erik*: Om tjenesteyting, makt og neddemping av rettssikkerhet, Stensilserie A, Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø, Nr. 7, (zit.: Boe, Stensilserie A)

*Boe, Erik*: Fusadommen i forvaltningsrettslig og rettsteoretisk perspektiv, in: Lov og Rett, 1991, S. 323 - 346, (zit. Boe, Lov og Rett)

*Boe, Erik*: Innføring i juss, Bind 2: Statsrett og forvaltningsrett, Tano forlag, Oslo 1993, (zit.: Boe)

*Boe, Erik*: Forholdet mellom privatrett og offentlig rett – nye tendenser, in: Lødrup, Peter (red.): Rettsteori og rettsliv: festskrift til Carsten Smith til 70-årsdagen, S. 113-136, Universitetsforlaget, Oslo, 2002, (zit.: Boe in Festskrift Smith)

*Boe, Erik; Birkeland, Tor G.*: Sivilombudsmannens kompetanse ved domstolsprøvede forvaltningsvedtak, in: Tidsskrift for rettsvitenskap, 1980, S. 680ff., (zit.: Boe/Birkeland, TfR 1980)

*Boehlke, Therese Lohne*: Pasientskadenemnda – et forvaltningsorgan, publiziert ausschließlich im Internet:

<http://pasientskadenemnda.host.asplagon.com/upload/Artikler/2007.02%20-%20Pasientskadenemnda%20-%20et%20forvaltningsorgan%20ved%20TLB.pdf>

*Bonnor, Peter Gjerloff*: The European Ombudsman: a novel source of soft law in the European Union, in: European Law Review 2000, S. 39, (zit.: Bonnor, ELR 2000)

*Brage, Sören; Krohg, Marit; Klockars, Matti; Mikaelsson, Bo; Permin, Henrik; Thorlacius, Sigurður*: Trygdeordninger i Norden, in: Tidsskrift Norske

- Lægeforening, 2002, S. 1486 – 1491, (zit.: Brage u.a.)
- Brall, Natalie*: Der Export von Leistungen der sozialen Sicherheit in der Europäischen Union, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2003, (zit.: Brall)
- Brandtzæg, Halfdan; Ellingsen, Jostein*: Offentlige poliklinikker ved sykehus - Aktivitets- og kostnadsvekst, in: *Arbeid, trygd, samfunn, Trygdeetaten*, Oslo, 2004, S. 72-81, (zit.: Brandtzæg/Ellingsen)
- Brekke, Kurt R.; Straume, Odd Rune*: Pris- og avanseregulering i legemiddelmarkedet – En prinsipiell diskusjon og en vurdering av den norske modellen, Notat 20 - 2003, Stein-Rokkan-Senter for flerfaglige sammfunnsstudier, Bergen, 2003, (zit.: Brekke/Straume)
- Briggs, Asa*: The welfare state in historical perspective, in: *Archives Européennes de Sociologie*, Tome 2, 1961, S. 221-258, (zit.: Briggs, Archives 1961)
- Brunsvig, Jørgen*: Culpnormen for leger, in: *Jussens Venner*, hefte 8/9, 1983, (zit.: Brunsvig, JV 1983)
- Brækhus, Hege*: Rettspolitikk og rettsdogmatik i trygderetten, in: *Kritisk Juss*, 1995, S. 69-82, (zit.: Brækhus, KJ 1995)
- Brøgger, Jan*: Velferdsstatens grenser, in: *Hovdum, Anders u.a. (Hg.): Visjoner om velferdssamfunnet*, Alma Mater forlag, Bergen, 1990, S. 39-46, (zit.: Brøgger)
- Bull, Evald*: In: *Mykland, Knut (Red.): Norges Historie Bind 14 – Norge in den rike verden*, Cappelen, Oslo, 1979, (zit.: Norges Historie – Bull)
- Bull, Kirsti Strøm*: Midlertidig ordning med pasientskadeerstatning. Erfaringer etter ett år, in: *Lov og Rett*, 1989, S. 243-256, (zit.: Bull, L&R 1989)
- Byrkjeflot, Haldor; Neby, Simon*: The Decentralized Path Challenged? - Nordic Health Care Reforms in comparison, in: *Stein Rokkan Centre for social science*, Bergen, Unifob AS, (zit.: Byrkjeflot/Neby, Rokkan Centre Working Paper 2 - 2004)
- Christensen, Dag Arne*: Velferdsstat, rettighetslovgivning og lokalt selvstyre, Notat 19-2004, Stein Rokkan Senter for flerfaglige sammfunnsstudier, Bergen, 2004, (zit.: Christensen, Velferdsstat)
- Christensen, Bent*: Forvaltningsret – domstols prøvelse af forvaltningsakter, Jurist- og Økonomieforlaget, København, 1988, (zit.: Christensen, Forvaltningsret)
- Christensen, Helen Moltu; Wulff, Ingrid Anette*: Feil i forskrivning av legemidler, in: *Arbeid, velferd, samfunn*, 2004, Trygdeetaten, Oslo, 2004, (zit.: Christensen/Wulff)
- Christensen, Tom*: Politisk styring og faglig uavhengighet – reorganisering av

den sentrale helseforvaltningen, Tano forlaget, Oslo, 1994, (zit.:Christensen)

*Christensen, Tom; Læg Reid, Per; Stigen, Inger Marie*: Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform, Stein Rokkan Centre for Social Studies, Working Paper 17 - 2004, Bergen, 2004, (zit.: Christensen/Læg Reid/Stigen, Rokkan Centre Working Paper 17 - 2004)

*Christiansen, Beate S.*: Norsk rett og menneskerettighetene – utviklingslinjer, dynamikk og samspill, Det juridiske fakultets skriftserie nr. 89, Bergen, 2003, (zit.:Christiansen)

*Colbjørnsen, Ole; Sømme, Axel*: En norsk 3 årsplan : veien frem til en socialistisk planøkonomi i Norge, Det Norske Arbeiderpartis forlaget, Oslo, 1933, (zit.: Colbjørnson/Sømme)

*Conrad, Johannes; Elster, Ludwig; Lexis, Wilhelm; Loening, Edgar*: Handwörterbuch der Staatswissenschaften 2. Band, Fischer-Verlag, Jena 1909, (zit.: Conrad-Verfasser)

*Dahl, Tove Stang*: Statsmakt og sosial kontroll, in: dies.: Pene piker haiker ikke - Artikler om kvinnerett, strafferett og velferdsrett, Universitetsforlaget Oslo, 1994, S. 271 ff., (zit.: Dahl. Statsmakt og sosial kontroll)

*Dahl, Tove Stang*: Mot en ny velferdsstat, in: dies.: Pene piker haiker ikke - Artikler om kvinnerett, strafferett og velferdsrett, Universitetsforlaget Oslo, 1994, S. 331 ff., (zit.: Dahl. Mot en ny velferdsstat)

*Dajani, Omar*: Den differensierte arbeidsgiveravgiften etter EFTA-domstolens dom, in: Skatterett, 2000, S. 3-17, (zit.:Dajani, Skatterett)

*Dalen, Dag Morten; Strøm, Steinar; Haabeth, Tonje*: Price regulation and generic competition in the pharmaceutical market, Health Economics Research Programme at the University of Oslo (HERO), 2006, im Internet: <http://www.hero.uio.no/publications.html>, (zit.: Dalen, Strøm, Haabeth)

*Det Norske Arbeiderparti*: Folkeforsikring eller folkepension?, Det Norske Arbeiderpartis forlaget, Kristiania, 1918, (zit.: Arbeiderparti-Folkeforsikring)

*Devlin, Rose Anne*: Some welfare implications of no-fault automobile insurance, in: International Review of Law and Economics, 1990, Issue 10, S. 193-205, (zit.: Devlin)

*Dietrich, Eberhardt*: Zivilrecht und Sozialrecht in der Beziehung von Kassenarzt und Kassenpatient, in: AcP 1971 (71. Jg.), S. 289-327, (zit.: Eberhardt, AcP 1971)

*Ebersohl, Jan Nicolas*: Vertragsfreiheit und Verbraucherschutz in der schwedischen Gesetzgebung der letzten Jahrzehnte : zum skandinavischen Einfluss auf das Europäische Verbraucherschutzrecht,: V & R unipress,

Göttingen, 2003, (zit.: Ebersohl)

*Eckhoff, Torstein; Smith, Eivind*: Forvaltningsrett, 7. utgave, Universitetsforlaget, Oslo, 2003, (zit.: Eckhoff/Torstein)

*Edebalk, Per Gunnar*: Velfærdsstaten tråder fram – Svensk socialförsäkring 1884 - 1955, Arkiv förlag, Lund, 1996, (zit.: Edebalk - Velfærdsstaten)

*Edebalk, Per Gunnar*: Beveridgeplanen - en klassiker, in: Socialvetenskaplig tidskrift 1999, S. 159-171, (zit.: Edebalk, Socialvetenskaplig tidskrift 1999)

*Edebalk, Per Gunnar*: Möllermodellen - Svensk socialförsäkring 1944-51, in: Socialvetenskaplig tidskrift 1994, S. 21-44, (zit.: Edebalk, Socialvetenskaplig tidskrift 1994)

*Eichenhofer, Eberhard*: Sozialrecht der Europäischen Union, 3. Auflage, Erich-Schmidt-Verlag, Berlin, 2006, (zit.: Eichenhofer, Sozialrecht der EU)

*Eichenhofer, Eberhard*: Sozialrecht, 7. Auflage, Tübingen, 2007, (zit.: Eichenhofer)

*Eichenhofer, Eberhard*: Das Europäische koordinierende Krankenversicherungsrecht nach den EuGH-Urteilen Kohll und Decker, in: VSSR 1999, S. 101-122, (zit.: Eichenhofer, VSSR)

*Elliason, Nils*: Protection of accrued pension rights - An Inquiry into Reforms of Statutory and Occupational Pension Schemes in a German, Norwegian and Swedish Context, Juristförlaget, Lund, 2001, (zit.: Eliasson)

*Elvbakken, Kari Tove; Mæland, John Gunnar*: Helsestasjonen – kontrollstasjon og veiledningssenter, in: Tidsskrift for Velferdsforskning 1999, S. 34-50, (zit.: Elvbakken/Mæland, TfV 1999)

*Emminghaus, Arved*: Das Armenwesen und die Armengesetzgebung in europäischen Staaten, Herbig-Verlag, Berlin, 1870, (zit. Emminghaus)

*Eriksen, Erik Oddvar*: Demokratiets sorte hull - om spenningen mellom lag og politikk i velferdsstaten, Abstrakt forlag, Oslo, 2001, (zit.: Eriksen)

*Erlingsen, Astrid*: Omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift, in: Revisjon og Regnskap, utg. 5-6, 2005, o. Seitenangabe, (zit.: Erlingsen, Revisjon og Regnskap 2005)

*Erlingsen, Astrid*: Nytt norsk system fra årsskiftet, in: Revisjon og Regnskap, utg. 7, 2006, (zit.: Erlingsen, Revisjon og Regnskap 2006)

*Eskeland, Ståle*: Ressurser, rettssikkerhet og forvaltningens ansvar, in: Bratholm, Anders u.a.: Samfunn, rett, rettferdighet - festskrift til Torstein Eckhoffs 70-årsdag, Tano, Oslo, 1986, S. 293-309, (zit.: Eskeland, Festskrift Eckhoff)

*Esping-Andersen, Gøsta; Korpi, Walter*: From poor relief to institutional welfare

states: the development of Scandinavian social policy, in: Erikson, Robert; *Hansen Erik, Ringen, Stein, Uusitalo, Hannu*: The Scandinavian model - welfare states and welfare research, M. E. Sharpe, New York, 1987, (zit.: Esping-Andersen/Korpi)

*Etzemüller, Thomas*: Die Romantik des Reißbretts - Social engineering und demokratische Volksgemeinschaft in Schweden: Das Beispiel Alva und Gunnar Myrdal (1930-1960), in: *Geschichte und Gesellschaft*, 2006, S. 445-466, (zit.: Etzemüller, GuG 2006)

*Evang, Karl*: Health Services in Norway, Universitetsforlaget, Oslo, 1976, (zit.:Evang)

*Fernsjø, Trine u.a.*: Muntlig saksbehandling i trygderetten – et supplement til den skriftlige saksbehandlingen. Arbeidsgruppas forslag til retningslinjer, (internes Vorschlagspapier), nicht publiziert

*Finnvold, Jon Erik; Svalund, Jørgen; Paulsen, Bård*: Etter innføring av fastlegeordning : brukervurderinger av allmennlegetjenesten, Rapport utg. Av Statistisk sentralbyrå, Oslo, 2005, (zit.: Finnvold/Svalund/Paulsen)

*Fimreite, Anne Lise*: Der hvor intet er, har selv keiseren tapt sin rett! Om lokalt folkestyre og rettigheter., Stein Rokkan Senter Rapport 8-2003, Bergen 2003, (zit.: Fimreite)

*Fimreite, Anne Lise; Selle, Per; Tranvik, Tommy*: Stat og kommune mellom integrasjon og autonomie, Paper presented på den XIV nordiske kommuneforskerkonferensen 25-27.11.2005, Åbo, Finland, (zit.: Fimreite/Selle/Tranvik)

*Finnvold, Jon Erik; Svalund, Jørgen; Paulsen, Bård*: Etter innføring av fastlegeordning : brukervurderinger av allmennlegetjenesten, Rapport utg. Av Statistisk sentralbyrå, Oslo, 2005, (zit.: Finnvold/Svalund/Paulsen)

*Fliflet, Arne*: Grunnloven – Kommentarutgave,Universitetsforlaget, Oslo, 2005, (zit.: Fliflet, Grunnloven)

*Fossestøl, Knut*: Regler og skjønn i norsk forvaltnings- of velferdsforskning - En kritisk analyse med særlig fokus på velferdsstatens rettighetsorientering, Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Notat 2005:106, (zit.: Fossestøl)

*Foyen, Sten; Lund, Anne Margarethe; Viken, Ola*: Pasienters rettsstilling - Almenlegetjenesten i Norge i dette århundret, Klagebehandling i helsesektoren, Pasientforsikring og objektivisert erstatningsansvar ved pasientskader, Tano, Oslo, 1990, (zit.: Foyen/Lund/Viken-Verfasser)

*Frihagen, Arvid*: Forvaltningsrett, 4. utg., Universitetsforlaget, Bergen, 1977,



(zit.: Frihagen)

*Fuchs, Maximilian (Hrsg.):* Kommentar zum Europäischen Sozialrecht, 3. Auflage, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2002, (zit.: Fuchs-Bearbeiter)

*Fuchs, Maximilian:* Luxemburg locuta - causa finita - quaestio non soluta - Dienstleistungsfreiheit und Sozialversicherung in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, in: NZS 2002, S. 337 - 348, (zit.: Fuchs, NZS 2002)

*Geißler, Ulrich:* Erfahrung mit der Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen : Bestandsaufnahme, Materialien, Denkanstöße, Fischer-Verlag, Stuttgart, 1980, (zit: Geißler)

*Giæver, Øvind:* Abortion and Eugenics - The role of eugenic arguments in Norwegian debates and legislation, in: Scandinavian Journal of History, Vol. 30, 2005, S. 21-44, (zit.: Giæver, Scand. Journal History 2005)

*Gjønnes, Arnhild; Knudtzon, Sigurd:* EØS-håndboken, 2. utgave, Universitetsforlaget, Oslo, 1998, (zit.:Gjønnes/Knudsen-Verfasser)

*Gogstad, Anders Chr.:* Helse og hakekors – Helsetjeneste og helse under okkupasjonsstyret i Norge 1940-45, Alma Mater Forlag, Oslo, 1991, (zit.: Gogstad)

*Gomard, Bernard:* Almindelig kontraktsret, 2. udg, Jurist- og Økonomieforbundets forlag, København, 1996, (zit.: Gomard)

*Götz, Norbert:* Ungleiche Geschwister. Die Konstruktion von nationalsozialistischer Volksgemeinschaft und schwedischem Volksheim, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2001, (zit.: Götz)

*Gough, Ian:* The welfare state, in: Eatwell, John (ed.), Social economics : the new Palgrave, Macmillan, 1989, S. 276-282, (zit.: Gough)

*Graver, Hans Petter:* The Effects of the EFTA Court Jurisprudence on the Legal Orders of the EFTA States, in: Baudenbacher, Carl; Tresselt, Per; Orlygsson, Thorgeir: The EFTA Court-Ten Years on, Hart Publishing, Oxford, 2005, (zit.: Graver-EFTA Court)

*Graver, Hans Petter:* Allminnelig forvaltningsrett, 2.utgave, Universitetsforlaget, Oslo, 2002, (zit.:Graver, Forvaltningsrett)

*Grindheim, Jan Erik; Selle, Per:* The role of voluntary social welfare organisations in Norway: a democratic alternative to a bureaucratic welfare state?, in: Voluntas - International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, Springer Netherlands, Vol. 1, 1990, S. 62-76, (zit.:Grindheim/Selle)

*Grytten, Jostein*: Hva forklarer økningen i folketrygdens utgifter til allmenlegetjenesten?, in: Tidsskrift Norske Lægeforening, 2002, S. 1492-1496, (zit.: Grytten, Tidsskrift Norske Lægeforening)

*Grytten, Jostein; Skau, Irene; Sørensen, Rune; Aasland, Olaf G.*: Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud, Forskningsrapport 11/2003, Norli, Oslo, 2003, (zit.: Grytten/Skau/Sørensen/Aasland)

*Grytten, Jostein; Skau, Irene; Sørensen, Rune; Aasland, Olaf G.*: Fastlegeordningen og endringer legenes tjenesteproduksjon, in: Tidsskrift for Velferdsforskning 2004, S. 78-89, (zit: Grytten, Skau,Sørensen, Aasland, Tfv 2004)

*Grønlie, Tore*: Norwegian General Hospitals, 1970–2002: County Ownership—An Interlude between Welfare Localism and State Direction, in: Medical History, vol. 50 (2), 2006, (zit: Grønlie, Medical History 2006)

*Gustavsen, Gunnar*: Følger helsemyndighetene gjeldende norsk rett?, in: Juristkontakt 2003, S. 36-39, (zit.: Gustavsen)

*Habermann, Gerd*: Der Wohlfahrtsstaat -Die Geschichte eines Irrwegs, Propyläen, Ullstein Verlag, Frankfurt/M., 1994, (zit.: Habermann)

*Hagen, Terje P.; Kaarbøe, Oddvar M.*: The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals, in: Health Policy, Vol. 76, 2006, S. 320-333, (zit.: Hagen/Kaarbøe)

*Hagtvet, Bernt; Rudeng, Erik*: Skandinavien: Leistungen, Dilemmata, Aufgaben, in: Graubard, Stephen R.(Hrsg.): Die Leidenschaft für Gleichheit und Gerechtigkeit – Essays über den nordischen Wohlfahrtsstaat, Nomos-Verlag, Baden-Baden, 1988, (zit.:Hagtvet/Rudeng)

*Halvorsen, Marit*: Rett til behandling i sykehus, Universitetsforlaget, Oslo, 1996, (zit.: Halvorsen)

*Halvorsen, Marit*: «Nødvendig helsehjelp» som redskap for prioriteringer, in: Lov og Rett, 2004, S. 143-155, (zit.: Halvorsen, L&R)

*Hansen, Alfred*: Helse og samhold i 150 År – Jernebanenes sykekasser 1851-2001, (zit.: Hansen)

*Hatland, Aksel*: Folketrygdens framtid, Universitetsforlaget, Oslo, 1984, (zit.:Hatland-Folketrygdens framtid)

*Hatland, Aksel; Kuhnle, Stein; Romøren, Tor Inge*: Den norske velferdsstaten, 2.opplag, Ad notam Gyldendal forlag, Oslo, 1998, (zit.: Hatland/Kuhnle/Romøren-Kuhnle)

*Harris, José:* Some aspects of social policy in Britain during the second World War, in: Mommsen, W.J.: The emergence of the welfare state in Britain and in Germany, Croom Helm London, 1981, S. 247-262, (zit.: Harris)

*Helgøy, Ingrid; Serigstad, Synnøve:* Tilsyn som styringsform I forholdet mellom staten og kommunene, Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier, Notat 9-2004, Bergen, 2004, (zit.: Helgøy/Serigstad)

*Hellandsvik, Paul; Nygård, Lars:* Grunnbok om kommunehelsetjenesten, utg. av Norske Kommuners Sentralforbund, Oslo, 1987, (zit.:Hellandsvik/Nygård)

*Holgersen, Gudrun:* Tilbake til arbeid ? – Folketrygdens regler om ytelser under attføring med hovedvekt på de sentrale vilkår, Alma Mater Forlag, Bergen, 1992, (zit.:Holgersen)

*Holgersen, Gudrun:* Sykdom som trygderettslig vilkår, in: Jussens Venner (JV), 4/1992, S. 225-252, (zit.:Holgersen, JV 1992)

*Holgersen, Gudrun; Nygaard, Nils:* Trygderettslige emner, Alma Mater Forlag, Bergen, 1998, (zit.:Holgersen/Nygaard)

*Holst, Dorthé:* Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100 år?, in: Tidsskrift for Velferdsforskning, Vol. 5, 2002, (zit.: Holst, Tidsskrift Velferdsforskning)

*Hågå, Audun; Sverre, J.M.:* Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Norway, in: European Journal of Health Economics, 2002, S. 215-220, (zit.: Håga/Sverre, Eur J Health Econom)

*Iversen, Bent:* Dansk erhvervsret: en lærebog, 5. udg., Jurist- og Økonomieforbundets forlag, København, 2002, (zit.: Iversen-Verfasser)

*Jakhelln, Henning:* Den rettslige karakter av en sykekasseordning – Jernbanens sykekasse, Institutt for offentlige retts skriftserie Nr. 1/2002, Oslo, 2002, (zit.: Jakhelln)

*Janbu, Torunn:* Pasientbetaling for helsetjenester, in: Tidsskrift Norske Legeforening, 2005, S. 125, (zit.: Janbu, Tidsskrift NLF)

*Jerstad, Carl Aasland:* Kommunene under sterkt press fra Høyesterett innen helse- og sosialretten, in: Lov og Rett, 1997, S. 513-514, (zit.:Jerstad, L&R)

*Joussen, Jacob:* Ausgewählte Probleme der Ausstrahlung im europäischen Sozialversicherungsrecht, in: NZS 2003, S. 19-26, (zit.: Joussen, NZS 2003)

*Jørgensen, Stig:* Ersatz und Versicherung, in: Versicherungsrecht - Aufsätze, Heft 9, 1970, S. 193 ff., (zit.: Jørgensen, VersR)

*Jørstad, Rolf Gunnar:* Den nye pasientskadeloven, særlig om offentlige

- helsetjenester, in: Tidsskrift for erstatningsrett (TfE), 2004, S.138 ff., (zit.: Jørstad, TfE)
- Köhler, Peter A.:* Die Patientenversicherung in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden, in: Zeitschrift für internationales Arbeits- und Sozialrecht, S. 175-187, (zit.: Köhler, ZIAS)
- Köhler, Peter A.; von Maydell, Bernd Baron (Hg.):* Arzthaftung – „Patientenversicherung“ – Versicherungsschutz im Gesundheitssektor, Nomos, Baden-Baden, 1997, (zit.: Köhler/v. Maydell)
- Köhler, Peter A.:* Arbeitsrecht, Kündigungsrecht und das Recht der Arbeitslosenversicherung und -vermittlung in Dänemark, in: Zeitschrift für Europäisches Sozial- und Arbeitsrecht 2007, S. 67-76, (zit.: Köhler, ZESAR 2007)
- Katzenmeier, Christian:* Arzthaftung, Mohr Siebeck, Tübingen, 2002, (zit.: Katzenmeier)
- Ketscher, Kirsten:* Socialret, Thomson forlaget, København, 2002, (zit.: Ketscher)
- Kildal, Nanna:* Velferd og arbeidsplikt - om arbeidslinjens begrunnelse, Tidsskrift for velferdsforskning, 1998, Vol. 1, Nr. 1, S. 18-34, (zit.:Kildal, TfV)
- Kingreen, Thorsten:* Ein neuer rechtlicher Rahmen für einen Binnenmarkt für Gesundheitsdienstleistungen, in: NZS 2005, S. 505-512, (zit.: Kingreen, NZS 2005)
- Kjekshus, Lars Erik:* Når sykehus blir butikk – effekter på styring, profesjoner og brukere, in: Norsk statsvitenskapelig tidsskrift 2003, S. 444 – 459, (zit.: Kjekshus, Statsvitenskapelig tidsskrift 2003)
- Kjellefold, Alice:* Idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten - Fagfellevurdert artikkel, in: Lov og Rett 2006, S. 3-25, (zit.:Kjellefold, L&R 2006)
- Kjønstad, Asbjørn:* Fusa-dommen.Høyesteretts dom i sak mellom Kari Auestads arvinger og Fusa kommune med kommentarer av Asbjørn Kjønstad, Ad Notam Gyldendal, Oslo, 1990; (zit. Kjønstad, Fusa-dommen)
- Kjønstad, Asbjørn:* Trygderettighetenes grunnlovsværn, Ad Notam Gyldendal, Oslo, 1994, (zit.:Kjønstad, Trygderettighetenes grunnlovsværn)
- Kjønstad, Asbjørn:* Skadelidtes medvirkning - om rettsteori, solidaritet og velferdstenkning i norsk erstatningsrett, in: Lødrup, Peter (red.): Rettsteori og rettsliv: festskrift til Carsten Smith til 70-årsdagen, S. 113-136, (zit.: Kjønstad in Festskrift Smith)
- Kjønstad, Asbjørn:* Velferdsstaten - noen viktige kjennetegn, in: Kritisk Juss 200,

S. 203-206, (zit.: Kjønsstad, KJ 2000)

*Kjønsstad, Asbjørn*: Erstattningsretten i utvikling, Universitetsforlaget, Oslo, 2003, (zit.: Kjønsstad-Erstattningsretten)

*Kjønsstad, Asbjørn*: Folketrygdloven med kommentarer, Ad notam Gyldendal, Oslo, 1998, (zit.: Kjønsstad-folketrygdloven)

*Kjønsstad, Asbjørn*: Rett til helsehjelp og sosiale tjenester, Oslo, 1990, (zit.: Kjønsstad, Rett til helsehjelp)

*Kjønsstad, Asbjørn*: Behovet for et felles rettslig overprøvingsorgan på velferdsrettens område – i en sosialdomstol. – I: Retfærd, 2002 (Nr. 3). S. 10-17, (zit.: Kjønsstad, Retfærd 2002)

*Kjønsstad, Asbjørn*: Kompendium i helserett, Gyldendal Akademisk, Oslo, 2003, (zit.: Kjønsstad-Kompendium)

*Kjønsstad, Asbjørn*: Helserett, Gyldendal Akademisk, Oslo 2005, (zit.: Kjønsstad, Helserett)

*Kjønsstad, Asbjørn*: Innføring i trygderett, Tano Aschehoug, Oslo. 1998, (zit.: Kjønsstad, Innføring)

*Kjønsstad, Asbjørn; Syse, Aslak*: Velferdsrett I – Grunnleggende rettigheter, Rettsikkerhet, Tvang, Gyldendal Akademisk, Oslo, 2005, (zit.: Kjønsstad/Syse)

*Kjønsstad, Asbjørn; Hatland, Aksel; Halvorsen, Bjørn*: Det norske trygdesystemet – Fortid, nåtid og framtid, Ad Notam Gyldendal, Oslo, 1995, (zit.: Kjønsstad/Hatland/Halvorsen-Verfasser)

*Klausen, Kurt Klaudi; Selle, Per*: The third sector in Scandinavia, in: *Voluntas - International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, Springer Netherlands, Vol. 7, 1996, S. 99-122, (zit.: Klausen/Selle, *Voluntas* 1996)

*Klinge, Matti*: Aspekte nordischer Individualität, in: Graubard, Stephen R.: *Die Leidenschaft für Gleichheit und Gerechtigkeit (Nordeuropäische Studien Bd. 4)*, Nomos-Verlag, Baden-Baden, 1988, (zit.: Klinge in Graubard)

*Knudsen, Per*: Ny velferdsforvaltning – klage- og ankeordning, Innspill fra Trygderetten, Oslo, 2003, im Internet publiziert: <http://www.trygderetten.no/Innspill%20til%20klage-%20og%20ankeordning.pdf>, (zit. Trygderetten-innspill)

*Koenig, Christian; Engelmann, Christina; Sander, Claude*: Parallelhandelsbeschränkungen im Arzneimittelrecht und die Freiheit des Warenverkehrs, in: *Gewerblicher Rechtsschutz und Urheberrecht – Internationaler Teil*, 2001, S. 919 ff., (zit.: Koenig, Engelmann und Sander, GRURInt)

*Kolberg, Jon Eivind*: Farvel til velferdsstaten?, Cappelens forlag, Oslo, 1983,

(zit.:Kolberg)

*Kristiansen, Frode*: Økonomiske konsekvenser av tjenestebasert egenbetaling, SNF-Rapport 15/03, Bergen, 2004, (zit.:Kristiansen, SNF-15/03)

*Kuhnle, Stein*: Das skandinavische wohlfahrtsstaatliche Modell im Zeitalter der Europäischen Einigung., in: Zeitschrift für Sozialreform, 1992, S. 606-619, (zit.: Kuhnle, ZfSR 1992)

*Kuhnle, Stein*: Deutschland und der Durchbruch der Sozialversicherung in Norwegen, in: Simensen, Jarle (Hrsg.): Deutschland-Norwegen:Die lange Geschichte, Tano Aschehoug forlaget, Oslo, 1999, (zit.: Simensen-Kuhnle)

*Kuhnle, Stein; Selle, Per*: Die Beziehungen zwischen Staat und gemeinnützigen Organisationen in Norwegen, in: Ellwein, Thomas u.a. (Hrsg.): Jahrbuch zu Staats- und Verwaltungswissenschaft, Band 4, Nomos, Bade-Baden, 1990, S. 250-297, (zit.: Kuhnle/Selle)

*Lacey, Nicola*: Theories of Justice and the Welfare State, in: Social & Legal Studies, 1992; S. 323-344, (zit.: Lacey, Social&Legal Studies 1992)

*Lange, Magnhild Hagelia; Granås, Anne Gerd*: Apotekbransjen før og etter ny apoteklov, in: Tidsskrift Norske Lægeforening, 2003, S. 3248-3250, (zit.:Lange/Granås)

*Langer, Rose*: Grenzüberschreitende Behandlungsleistungen - Reformbedarf für die Verordnung 1408/71?, in: NZS 1999, S. 537-542, (zit.: Langer, NZS 1999)

*Larenz, Karl*: Lehrbuch des Schuldrechts, Band I - Allgemeiner Teil, 14. Auflage, C.H. Beck Verlag, München, 1987, (zit.:Larenz)

*Lavik, Nils Johan*: Da folkeætten skulle vernes, in: Linjer 1993, S. 22-23, (zit.:Lavik, Linjer 1993)

*Lie, Einar*: Hva forte Norge ut av krisen I 1930-årene ?, in: Historisk tidsskrift No. 3, 1996, S. 325-336, (zit.: Lie, Historisk Tidsskrift 1996)

*Lilienthal, Georg*: Der "Lebensborn e.V." : ein Instrument nationalsozialistischer Rassenpolitik, Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1993, (zit.: Lilienthal)

*Lindblom, Charles E.*: The Science Muddling Through, in: Public Administration Review, Vol. 19, 1959, S. 79-88, (zit.: Lindblom, Public Administration Review)

*Lindblom, Per Henrik*: The Role of the Supreme Courts in Scandinavia, in: Scandinavian Studies of Law, Vol. 39, 2000, S. 325-365, (zit.: Lindblom, Sc.St.L. 2000)

*Lindboe, Knut*: Fylkesnemndene - ressursbruk, rettssikkerhet og rettslig overprøving, in: Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål, 2005, (Nr. 03), S. 188-196, (zit.: Lindboe, FAB 2005)

*Lundberg, Urban; Åmark, Klas*: Social Rights and Social Security: The Swedish Welfare State, 1900-2000, in: *Scandinavian Journal of History*, Volume 26, Issue 3, 2001, (zit.: Lundberg/Åmark, *Scand. J. History*)

*Lurås, Hilde*: Utviklingen i antallet legebytter på fastlegenes lister, *Arbeidsnotat* 1:2005, Institutt for helseledelse og helseøkonomi Universitetet i Oslo, (zit.: Lurås)

*Lødemel, Ivar*: Sozialhilfe in Norwegen, in: *Zeitschrift für Ausländisches und Internationales Arbeits- und Sozialrecht*, 1992, S. 331-381, (zit.:Lødemel, *ZIAs* 1992)

*Lødrup, Peter*: Oppreisning - et livskraftig rettsinstitutt, in: *Tidsskrift for erstatningsrett* 2006, (4), S. 211-237, (zit.: Lødrup, *TfE* 2006)

*Lødrup, Peter; Hagstrøm, Viggo*: Landesbericht Norwegen, in: Bar, Christian von (Hrsg.), *Deliktsrecht in Europa - Systematische Einführungen, Gesetzestexte, Übersetzungen*, Heymanns Verlag, Köln, 1994, (zit.:Lødrup/Hagstrøm)

*Lødrup, Peter; Kaasen, Knut; Tjomsland, Steinar*: Norsk Lovkommentar, Gyldendal Akademisk Forlaget, Oslo, Online-Ausgabe, <http://www.rettsdata.no/nlkmain.htm>, Stand 1.Mai 2007, (zit.: NLK-Kurztitel Gesetz-Verfasser)

*Malmstrøm, Åke; Agell, Anders*: *Civilrätt*, 17. uppl., Liber Ekonomi, Malmö, 2001, (zit.: Malmstrøm og Agell)

*Mand, Elmar*: Internationaler Versandhandel mit Arzneimitteln - Das Ende der einheitlichen Apothekenverkaufspreise gemäß AMPreisV? in: *Gewerblicher Rechtsschutz und Urheberrecht – Internationaler Teil*, 2005, S. 637 ff., (zit.: Mand, *GRURInt* 2005)

*Marklund, Staffan*: *Paradise Lost? The Nordic Welfare States and the recession 1975-1985*, Arkiv förlag, Lund, (zit.: Marklund)

*Marshall, T.H.*: *Citizenship and social class* (1949), in: ders., *Sociology at the Crossroads and other Essays*, London, 1963, S. 67 ff., (zit.: Marshall)

*Martinsen, Kari*: Helsepolitiske problemer og helsepolitikk tenkning bak sykehusloven av 1969, in: *Historisk Tidsskrift* 1987, S. 357-373, (zit.: Martinsen, *Historisk Tidsskrift* 1987)

*Martinussen, Pål E.; Paulsen, Bård*: Nedlegging av en politisk arena: Fylkeskommunal helsepolitikk før statlig overtakelse av sykehusene, in: *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 2004, S. 339 – 364, (zit.:Martinussen/Paulsen, *Statsvitenskapelig Tidsskrift*)

*Mellbye, Frederik*: Frivillige og humanitære helseorganisasjoner –

velferdssamfunnets lim, in: Hovdum, Anders u.a. (Hg.): Visjoner om velferdssamfunnet, Alma Mater forlag, Bergen, 1990, S. 92-100, (zit.: Mellbye)

*Michelsen, Kai*: Gesundheitswesen und Wohlfahrtsstaat in Schweden – Gesundheitspolitik im Wandel des sozialdemokratischen Wohlfahrtsregimes, Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/M., 2002, (zit.: Michelsen)

*Molven, Olav*: Pasientombudsordningen - et bidrag til rettssikkerhet og kvalitet i helsevesenet?, in: Lov og Rett, 1991, S. 195-219, (zit.: Molven, L&R 1991)

*Molven, Olav*: Vilåårene for advarsel ved brudd på forsvarlighetskravet, in: Tidsskrift Norske Lågeforening, 2006, S. 800-801, (zit.: Molven, Tidsskrift Lågeforening 2006)

*Moseng, Georg*: Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003, Bind 1: Ansvarer for undersåttene helse 1603–1850, Universitetsforlaget, Oslo, 2003, (zit.: Moseng)

*Myrdal, Alva; Myrdal, Gunnar*: Krisen i befolkningsspørsmålet, Norsk Utgave, Tiden Norsk Forlag, Oslo, 1936, (zit.: Myrdal/Myrdal)

*Narvland, Runar*: Hva skjer når Arbeids- og velferdsdirektoratet ikke respekterer Trygderettens rettsoppfatting?, in: Tidsskrift for Erstatningsrett, 2006 (Nr. 04), S. 295-299, (zit.: Narvland, TfE 2006)

*Natter, Eberhard*: Der Arztvertrag mit dem sozialversicherten Patienten – Zugleich ein Beitrag zum Naturalleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Carl-Heymanns-Verlag, Köln-Berlin-Bonn-München, 1987, (zit.: Natter)

*Nerland, Sølve Mikal*: Kurpengeordningen før 1980 - den glemte finanseringsordningen, in: Tidsskrift Norske Lågeforening 2001, S. 2983-2985, (zit.: Nerland, Tidsskrift Norske Lågeforening)

*Neumann-Duesberg, Rüdiger*: Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, in: Schulte, Bernd; Barwig, Klaus (Hrsg.): Freizügigkeit und Soziale Sicherheit - Die Durchführung der Verordnung (EWG) 1408/71 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer in Deutschland, Nomos-Verlag, Baden-Baden, 1998, S. 89 ff., (zit.: Neumann-Duesberg)

*Nordby, Trond*: Profesjokratiets periode innen norsk helsevesen – institusjoner, politikk og konfliktemner, in: Historisk Tidsskrift Nr.3 1987, S.301-323, (zit.: Nordby, Historisk Tidsskrift)

*Nøkleby, Marit*: Nye regler om pasientskader, in: Tidsskrift for erstatningsrett, 2004, S. 154 ff., (zit.: Nøkleby, TfE)

*Odberg, Per*: Pensjonsdommene, Grunnloven og Høyestrett, in: Lov og Rett 1999,



- S. 78-92, (zit.: Odberg, L&R 1999)
- Ohldieck, F.W.; Litleré, Ivar; Rygh, H.*: Lov om syketrygd av 2.mars 1956 – Kommentar, Sem & Stenersen, Oslo, 1960, (zit.:Ohldieck/Litleré/Rygh)
- Ohnstad, Bente*: Rettigheter og plikter etter ny helselovgivning, Fagbokforlaget, Bergen, 2002, (zit.: Ohnstad)
- Ohnstad, Bente*: Rettssikkerhet i helse- og sosialtjenesten sett i lys av den rettslige regulering av tjenesteyternes posisjon som henholdsvis myndighets- og profesjonsutøvere, in: Kritisk Juss, 2004, S. 118-143, (zit.: Ohnstad, KJ 2004)
- Ohnstad, Bente*: Prosessuell rettssikkerhet, internkontroll og kvalitetssikring i helse- og sosialtjenesten, in: Kritisk Juss, 2004, S. 1172-190, (zit.: Ohnstad, KJ 2004)
- Olofsson, Jonas*: Ideer om arbetslöshet och social politik vid 1800-talets mitt, in: Socialvetenskaplige tidskrift, 1997, S. 216-235, (zit.: Olofsson, Socialvetenskaplige tidskrift 1997)
- Olsen, Kåre*: Schicksal Lebensborn - Die Kinder der Schande und ihre Mütter, Droemer/Knaur, 2004, (zit.: Olsen, Lebensborn)
- Olsen, Leif Oscar*: Private helseinstitusjoner, privat service-virksomhet for offentlig regning eller forvaltningsvirksomhet?, Lov og Rett 1982, S. 265-269, (zit.: Olsen, L&R)
- Oppermann, Thomas*: Europarecht, 3.Auflage, C.H.Beck, München, 2005 (zit.:Oppermann)
- Ormedal, Marius*: Syketrygden i 25 år, Halden, 1936, (zit.:Ormedal)
- Owen, A.D.K.*: The Beveridge-Report - its proposals, in: The Economic Journal, Vol. 53, 1943, S. 1-9, (zit.: Owen, Economic Journal)
- Pettersen, Inger Johanne*: Fra plan til marked - noen perspektiver på sykehusreformen, in: Tidsskrift Norske Lægeforening 2001, S. 2186 - 2188, (zit.: Pettersen, Tidsskrift Norske Lægeforening 2001)
- Peters, Horst*: Die Geschichte der sozialen Versicherung, 3. Auflage, Asgard-Verlag, St. Augustin, 1978, (zit.: Peters)
- Petrick, Fritz*: Norwegen-Von den Anfängen bis zur Gegenwart, Friedrich-Pustet-Verlag, Regensburg, 2002, (zit.:Petrick)
- Piro, Fredrik Niclas*: Påvirker forsknings- og undervisningsinnsatsen kostnadseffektiviteten ved norske sykehus?, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo (HERO), 2004, (zit.:Piro, HERO 2004)
- Popper, Karl Raimund*: Das Elend des Historizismus, 4. Auflage, Mohr -Siebeck, Tübingen, 1974, (zit.: Popper)

- Preusker, Uwe*: Selbstbeteiligung als Normalfall - Aktuelle Höhe der Selbstzahlungen in den nordeuropäischen Gesundheitssystemen, in: Fokus Nordeuropa, Ausgabe 5/2001, S. 9 - 13, (zit.: Preusker, Fokus Nordeuropa 5/2001)
- Quadango, Jill*: Theories of the welfare state, in: Annual Revue of Sociology, 1987, S. 109-128, (zit.: Quadango, Ann. Rev. Sociol 1987)
- Quaas, Michael; Zuck, Rüdiger*: Medizinrecht, C.H.Beck, München, 2005, (zit.: Quaas/Zuck)
- Radau, Hans J.*: Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz : eine Untersuchung am Beispiel der Patientenunfallversicherung in Schweden, VVW, Karlsruhe, 1993, (zit.: Radau)
- Ramm, Irene*: Vi har pasientrettigheter – men de er godt skjult, in: trygd og arbeid, 1996, Nr. 10, S. 16-18, (zit.:Ramm, trygd og arbeid)
- Reiersen, Nina*: Ny lov om pasientskadeerstatning, særlig om private helsetjenester, in: Tidsskrift for erstatningsrett, 2004, S. 123-137, (zit.: Reiersen, TfE)
- Ring, Gerhard; Olsen-Ring, Tine*: Einführung in das skandinavische Recht, C.H.Beck, München, 1999, (zit.: Ring/Olsen-Ring)
- Rognlien, Stein*: Pasientskadeerstatning – legeansvar, sykehusansvar og annet pasientskadeansvar, Juridisk Forlag, Oslo, 1995, (zit.:Rognlien)
- Roll-Hansen, Nils*: Norwegian Eugenics: Sterilization as social reform, in: Broberg, Gunnar/ Roll-Hansen, Nils (Hg.): Eugenics and the welfare state- Sterilization policy in Denmark, Sweden, Norway and Finland, Michigan State University Press, East Lansing, 1996, (zit.: Roll-Hansen)
- Romøren, Tor Inge*: Tre reformer som endret det kommunale hjelpeapparatet, in: Nagel, Anne-Hilde: Velferdskommunen : kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten, Alma Mater forlag, Bergen, 1991, (zit.: Romøren)
- Rothstein, Bo*: Just institutions matter: the moral and political logic of the universal welfare state, Cambridge University. Press, 1998, (zit.: Rothstein)
- Ruhle, Ernst-Albrecht*: Die Norwegische Sozialgerichtsbarkeit, Sozialgerichtsbarkeit 1978, S. 56 - 59, (zit.: Ruhle, SGB 1978)
- Røsæg, Erik*: Pasientskadeloven - siste stikk til pasienten?, in: Kirsti Strøm Bull; Viggo Hagstrøm; Steinar Tjomsland: Bonus Pater Familias - Festskrift til Peter Lødrup, Gyldendal akademisk, Oslo, 2002, S. 549ff., (zit.:Rosæg)
- Sandgren, Claes*: A Social Law of Contract?, in: Scandinavian Studies in Law, Vol. 39, 1993, S. 161-194, (zit.: Sandgren, Sc.St.L. 1993)

*Sandgren, Claes*: Norstedts juridiska handbok, 17. uppl., Norstedts Juridisk förlaget, Stockholm, 2001, (Norstedt-Verfasser)

*Schäfer, Hans-Bernd; Ott, Claus*: Lehrbuch der ökonomischen Analyse des Zivilrechts, Springer Verlag, Berlin; 4. Auflage, 2005, (zit.: Schäfer/Ott)

*Schiøtz, Aina*: Det offentlige Helsevesen i Norge (Bind 2): Folkets helse – landets styrke 1850-2003, Universitetsforlaget, Oslo, 2003, (zit.: Schøtz)

*Schjønby, Hans Petter*: Innføringen av sunnhetsloven i 1860, in: Tidsskrift Norske Lægeforeningen 2001; S. 121 ff., (zit.: Schjønby, Tidsskrift Norske Lægeforeningen 2001)

*Seip, Anne-Lise*: Velferdskommunen og velferdstrekanten - et tilbakeblikk, in: Nagel, Anne-Hilde: Velferdskommunen: kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten, Alma Mater forlag, Bergen, 1991, (zit.: Nagel-Seip)

*Seip, Anne-Lise*: Veiene til velferdsstaten: Norsk sosialpolitikk 1920-75, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, 1994, (zit.: Seip, A.-L. (1994))

*Seip, Anne-Lise*: Sosialstaten blir til – Norsk Sosialpolitikk 1740-1920, 2.utg, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, 1994, (zit.: Seip, A.-L. (1994a))

*Seip, Anne-Lise*: Velferdsstatens framvekst i Norge, in: Historisk Tidsskrift 1979, (58 Jg.), S. 43-69, (zit.: Seip, A.-L., Historisk Tidsskrift)

*Seip, Jens Arup*: Utsikt over Norges historie - annen del, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, 1981, (zit.: Jens Arup Seip)

*Sejersted, Fredrik; Arnesen, Finn; Rognstad Ole-Andreas; Foyn, Sten; Stemshaug, Helge*: EØS-rett, 3. oppl., Universitetsforlaget, Oslo, 1999, (zit.: Sejerstedt/Arnesen/Rognstad/Foyn/Stemshaug)

*Selle, Per*: Voluntary organisations and the welfare state: the case of Norway, in: Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, Springer Netherlands, Volume 4, 1993, S. 1-15, (zit.: Selle, Voluntas 1993)

*Selmer, Knut*: Problemer i grenseområdet mellom erstatning, forsikring og trygd, in Jussens Venner, 1974, S. 147 ff., (zit.: Selmer, JV 1974)

*Simonsen, Sigmund; Nylenna, Magne*: Helseforskningsrett, Gyldendal, Oslo, 2005, (zit.: Simonsen/Nylenna)

*Skaset, Maren*: Private helseforsikringer; Hvilken betydning for dagens og morgendagens norske helsevesen?, Helseøkonomisk Forskningsprogram Universitetet i Oslo (HERO), 1999:2, im Internet: <http://www.hero.uio.no/publications.html>, (zit.: Skaset)

*Skånland, Hermod*: Doktriner og økonomisk styring - Et tilbakeblikk, Norges Banks Skriftserie Nr. 36, Oslo, 2004, (zit.: Skånland)

*Smith, Eivind*: Rettssikkerhet ved offentlig tjenesteyting, Tanum Norli, Oslo, 1989, (zit.: Smith, Tjenesteyting)

*Smith, Eivind*: Retroaktiv lovgivning - grunnloven § 97 og den europeiske rettstradisjon, in: Lov og Rett 1997, S. 195-207, (zit.:Smith, L&R 1997)

*Smith, Eivind*: Kan vi stole på trygderettigheter som vi allerede har fått tildelt ?, in: ders.: Stat og Rett – Artikler i utvalg 1980-2001, Universitetsforlaget Oslo, 2002, (zit.:Smith)

*Smith, Eivind*: Grunnlovsfesting av kommunalt selvstyre, in: Lov og Rett 2003, S. 3-20, (zit.:Smith, L&R 2003)

*Sodan, Helge*: Gesundheitsreform 2006/2007 - Systemwechsel mit Zukunft oder Flickschusterei?, in: NJW 2006; S. 3617 ff., (zit.: Sodan, NJW 2006)

*Statsministerens Kontor*: Retningslinjer Om Statsråd, im Internet: [http://www.dep.no/filarkiv/187086/Om\\_Statsrad.pdf](http://www.dep.no/filarkiv/187086/Om_Statsrad.pdf), (zit.: Retningslinjer Om Statsråd)

*Statssekretærutvalget for EF saker*: Arbeidsgruppen for EF og Den sosiale dimensjon i europeisk integrasjon: Den sosiale dimensjon og Efs indre merked, Oslo, 1992, (zit.: Statsekretærutvalget - Ef-Arbeidsgruppen)

*Stavang, Endre*: Det erstatningsrettslige skillet mellom økonomisk og ikke-økonomisk tap, in: Tidsskrift for erstatningsrett 2006; (3), S. 163-193, (zit.: Stavang, TFE 2006)

*Steen, Reiulf*: Videreføring av den skandinaviske velferdsmodellen, in: Hovdum, Anders u.a. (Hg.):Visjoner om velferdssamfunnet, Alma Mater forlag, Bergen, 1990, S. 21-26, (zit.: Steen)

*Stein-Poulsen, Malene*: Das dänische Patientenversicherungsgesetz, Versicherungsrecht (Auslands-Beilagen), 1995, Heft 2, S. 19-25, (zit.:Stein-Poulsen, VersRAI)

*Stokke, Steinar*: Fra Sykeforsikring til Folketrygd – En studie av verdiendringer og strategivalg for et trygdepolitisk tiltak, Hoppedoppgave i statsvitenskap, Oslo, 1981, (zit.: Stokke)

*Storesund, Asbjørn*: Akutt sykkelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860-1900, in: Michael – Publication Series of the Norwegian Medical Society, 2005, (zit.:Storesund)

*Strand, Sverre;Gedde-Dahl, Dagfinn*: Den norske lægeforening som forhandlingsorganisasjon, in: Tidsskrift Norske Lægeforening, 1986 nr. 14, S.1230-1239, (zit.:Strand/Gedde-Dahl)

*Stempel, Rüdiger*: Ombudsmann für Europa, in: Die öffentliche Verwaltung

- (DÖV), 1996, S. 241-246, (zit.:Strempel, DÖV)
- Syse, Aslak*: Pasientrettighetsloven med kommentarer, Gyldendal Akademisk, Oslo, 2001, (zit.: Syse-pasrl.)
- Syse, Aslak*: Helserettslige dommer siden 1985, in: Lov og Rett 2004, S. 387-439, (zit.: Syse, L&R 2004)
- Sørensen, Øystein*: Solkors og solidaritet – Høyreautoritær samfunnstenkning i Norge ca. 1930-1945, Oslo, 1991, (zit.:Sørensen (1991))
- Sørensen, Øystein*: Verdenskrig og velferd, Cappelen, Oslo, 1993, (zit.: Sørensen (1993))
- Sørensen, Øystein*: Var okkupasjonen en sosialpolitisk dødtid? - Quislingregimets sosialpolitikk, in: Michael - Publication series of the Norwegian Medical Society, 2005, S. 324-332, (zit.: Sørensen, Michael 2005)
- Sørensen, Rune; Grytten, Jostein*: Erfaringer med markedsstyring i norsk helsetjeneste, in: Tidsskrift for Velferdsforskning 2000, Vol. 3, S. 3-15, (zit.: Sørensen/Rune, TfV 2000)
- Ullrich, Carsten G.*: Selbstbeteiligungen und Risikozuschläge in der GKV : zur Akzeptanz verhaltenssteuernder Eingriffe bei gesetzlich Versicherten, in: Arbeitspapiere des Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/95, (zit.: Ullrich)
- Urdal, Nils*: Syketrygden i femti år : historien om en grunnleggende sosial reform, Norges Trygdekasselag, Oslo, 1961, (zit.:Urdal)
- Schulenburg, J.- Matthias Graf von der*: Selbstbeteiligung : theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Mohr, Tübingen, 1987, (zit.: v.d. Schulenburg)
- Schulenburg, J.- Matthias Graf von der; Greiner, Wolfgang*: Gesundheitsökonomik, 2. Auflage, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen, 2007, (zit.: v.d. Schulenburg/Greiner)
- Schulin, Bertram (Hrsg.)*: Handbuch des Sozialversicherungsrechts - Band 1 - Krankenversicherungsrecht, C.H. Beck -Verlag, München, 1994, (zit.: Schulin-Verfasser)
- Wickenhagen, Ernst*: Geschichte der gewerblichen Unfallversicherung (Textband), R.Oldenbourg-Verlag, München/Wien, 1980, (zit.: Wickenhagen)
- Vrangbæk, Karsten; Østergren, Katarina*: The Introduction of Choice in Scandinavian Hospital Systems -. Arguments and Policy Processes in the Danish and the Norwegian Case, Stein Rokkan Centre for Social Science, Working Paper

5 - 2004, Unifob AS, Bergen, 2004, (zit.: Vrangbæk/Østergren, Rokkan Centre Working Paper 5-2004)

*Wiesner, G.*: Norges Sociallovgivning, Steenske Forlag, Kristiania, 1921, (zit.: Wiesner)

*Wild, Frank*: Die Krankenhausreform 2002 in Norwegen, in: das Krankenhauswesen, 6/2004, S. 452-458, (zit.: Wild, das Krankenhauswesen)

*Wild, Frank*: Die Bewältigung des Pflegerisikos in Skandinavien, Duncker & Humblot, Berlin, 2004, (zit.: Wild)

*Willms, Benno*: Soziale Sicherung durch europäische Integration : Auswirkungen des Gemeinschaftsrechts auf Ansprüche gegen deutsche Sozialleistungsträger, Nomos Verlag, Baden-Baden, 1989, (zit.: Willms)

*Woodroffe, Kathleen*: The Making of the Welfare State in England: A Summary of Its Origin and Development, in Journal of Social History, Vol. 1, No. 4, 1968, S. 303-324, (zit.: Woodroffe, Journal of Social History 1968)

*Zweigert, Konrad; Kötz, Hein*: Einführung in die Rechtsvergleichung: auf dem Gebiete des Privatrechts, 3. Auflage, Mohr Siebeck, Tübingen, 1996, (zit.: Zweigert/Kötz)

*Øgar, Petter*: Statlige sykehus - hva så?, in: Tidsskrift Norske Lægeforening 2001, S. 2189-2191, (zit.: Øgar, Tidsskrift Norske Lægeforening 2001)

*Øie, Ole-Erik*: Trygderetten og dens rettsanvendelse, Universitetsforlaget, Oslo, 1994, (zit.: Øie)

## Lebenslauf



Name: Christian Sell

Adresse: Ungerstraße 9  
30451 Hannover

0511 – 89 820 75  
0176 – 620 54 960  
[christian.sell@gmx.de](mailto:christian.sell@gmx.de)

Geburtsdatum: 13.05.1978

Geburtsort: Vacha/Rhön

Nationalität: deutsch

Ehestand: ledig

Mutter: Petra Sell, Bauingenieurin

Vater: Werner Sell, selbständiger Ingenieur

Schulbesuch: 1984-1991 Grundschule, Polytechnische Oberschule Unterbreizbach  
1991-1996 Staatliches Gymnasium Vacha

Schulabschluß: 1996 Abitur

Zivildienst: September 1996 – September 1997, Evang. Alten- und Pflegeheim "Haus Kreuzberg" in Philippsthal/Werra

Berufsausbildung: Oktober 1997 – Oktober 1999, Ausbildung zum  
Staatlich Examinierten Altenpfleger an der Altenpflegeschule des  
Evangelischen Diakonievereins Berlin-Zehlendorf e.V.  
Abschluss im Oktober 1999 Gesamtergebnis „Sehr Gut“

Studium: Von Oktober 1999 bis März 2005, Rechtswissenschaft an der  
Friedrich-Schiller-Universität Jena,  
Wahlfach: Recht der Sozialen Sicherung  
Abschluss im Februar 2005 mit der Note „Gut“ (11,50 Punkte)

Beschäftigungen: März 2000 – August 2004 teilzeitbeschäftigt als  
Altenpfleger bei der Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Jena

Oktober 2001 – Dezember 2004 beschäftigt als studentische Hilfskraft am  
Lehrstuhl für Sozialrecht und Bürgerliches Recht (Prof. Dr. Dr. h. c.  
Eberhard Eichenhofer)

April 2005 bis September 2007 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am  
Lehrstuhl für Sozialrecht und Bürgerliches Recht  
(Prof. Dr. Dr. h. c. Eberhard Eichenhofer)

seit 01.09.2007 Juristischer Vorbereitungsdienst im OLG Bezirk  
Celle, derzeit Zivilstation am AG Hannover

Lehrerfahrungen: Vorbereitung und Durchführung von Arbeitsgemeinschaften,  
Seminaren und Vorlesungen an der Universität

Lehrtätigkeit an der Fachhochschule Erfurt im Rahmen eines  
beruflichen Weiterbildungsangebotes

Fortbildung: April 2005: Teilnahme an der 2. Weingartener Woche zum  
Ausländerrecht mit dem Schwerpunktthema: Ausländerrecht  
und Sozialrecht

Auslandsaufenthalte: März-Juni 2002: Teilnahme am Erasmus-Programm:  
„European Labour Market Policies“ an der Fakulteta za  
družbene vede (Fakultät für Sozialwissenschaften) der  
Universität Ljubljana/Slowenien

Juli-August 2002: Praktikum in der Abteilung Recht, Wirtschaft und  
Konsularwesen an der Deutschen Botschaft in Oslo/Norwegen

Februar/März/September 2006: Forschungsaufenthalt für die Dissertation  
in Oslo, Göteborg und Kopenhagen (Stipendium des Deutschen  
Akademischen Austauschdienstes DAAD)

Sprachkenntnisse: Englisch  
Norwegisch  
Russisch (Schulkenntnisse)

Mitgliedschaften: seit 1998 Evang. Diakonieverein Berlin-Zehlendorf e.V.  
seit 2005 Deutsch-Nordische Juristenvereinigung

Jena, den 12. Dezember 2007

Christian Sell



Hiermit erkläre ich,

- dass ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben habe;
- dass ich die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen habe;
- dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt meiner vorgelegten Dissertation stehen.

Hannover, 17.12.2007

Christian Sell